



Ministério da Saúde



MANUAL DE FORMAÇÃO HUMANIZAÇÃO PARA CONSELHEIROS LEIGOS



Ficha Técnica

Elaboração do Manual

Namati Moçambique

Ellie Feinglass
Nadja Gomes

Ministério de Saúde - PNC, ITS, HIV e SIDA

Aleny Couto
Edna Paunde
Fernando Boene
Irénio Gaspar

Ministério de Saúde - Direcção Nacional de Assistência Médica

Luísa Panguene
Edite Thuzine
Maria Langa

Revisão Técnica

CDC

Emanuel Pereira
Jessica Cowan

USAID

Armando Mahawa
Ana Madonela
Hanise Sumbana
Nidze Guiloviça

Desenho gráfico

Reconnect

A elaboração e produção deste material foi apoiada pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR), através dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC). O seu conteúdo é da inteira responsabilidade dos seus autores, e não representa necessariamente a visão oficial do CDC ou do Governo dos Estados Unidos.

Maio de 2023

INTRODUÇÃO	5
MÓDULO 1: OS DIREITOS E DEVERES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV	6
Objectivos da Aprendizagem	6
A Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes	7
Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV (Lei 19/2014)	14
Trabalho Prático	18
MÓDULO 2: ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO	20
Objectivos da Aprendizagem	21
Conceitos de Estigma e Discriminação	21
Exemplos de Estigma e Discriminação nos Serviços de Saúde	23
Consequências de Estigma e Discriminação	25
O Papel do Conselheiro na Eliminação do Estigma e da Discriminação	27
Trabalho Prático	28
MÓDULO 3: BARREIRAS QUE AFECTAM A ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	29
Objectivos da Aprendizagem	29
Barreiras Ligadas aos Serviços de Saúde Que Afectam a Adesão e Retenção	29
Papel do Conselheiro na Identificação das Barreiras	29
Mecanismos de Resolução das Barreiras	33
Trabalho Prático	35
MÓDULO 4: PRINCÍPIOS DE COMUNICAÇÃO	37
Objectivos da Aprendizagem	37
Conceito e Importância da Comunicação	37
Orientações Específicas na Comunicação com Crianças e Adolescentes	42
Orientações na Comunicação com Populações Chave	44

Desafios Comuns na Comunicação e Estratégias para Ultrapassar	47
Trabalho Prático	50
MÓDULO 5: RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS NAS ACTIVIDADES DOS CONSELHEIROS LEIGOS	52
Objectivos da Aprendizagem	52
Aconselhamento Humanizado	52
Orientações Sobre a Confidencialidade e a Privacidade	54
Consentimento Informado Para as Chamadas e Visitas	57
Protecção da Confidencialidade e Dignidade nas Chamadas e Visitas	60
Trabalho Prático	62
GUIÃO DE CORRECÇÃO TRABALHOS PRÁTICOS	64
Módulo 1: Os Direitos e Deveres das Pessoas Vivendo com HIV	64
Módulo 2: Estigma e Discriminação	69
Módulo 3: Barreiras que Afectam a Adesão aos Serviços de Saúde	71
Módulo 4: Princípios de Comunicação	74
Módulo 5: Respeito Pelos Direitos Humanos nas Actividades dos Conselheiros Leigos	77
FERRAMENTAS DE TRABALHO	80
Termo de Sigilo e Confidencialidade Conselheiros Leigos e Activistas	80
Requisitos Para Assegurar o Consentimento Informado	82
BIBLIOGRAFIA	83

INTRODUÇÃO

As pessoas vivendo com HIV (PVHIV), incluindo as populações chave, sofrem muitas vezes violação dos seus direitos humanos devido ao estigma e à discriminação associados à doença e às barreiras ligadas ao sistema de saúde como, por exemplo, atendimento desrespeitoso, falta de confidencialidade e privacidade, e incumprimento do consentimento informado. Estas barreiras enfraquecem a confiança das pessoas no sistema de saúde e impedem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV.

O Manual de Humanização para Conselheiros Leigos é uma ferramenta prática para aumentar o conhecimento em matéria de direito à saúde e humanização, fortalecer a habilidade de comunicação e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O manual contém cinco módulos:

Módulo 1: Os Direitos e Deveres das Pessoas Vivendo com HIV

Módulo 2: Estigma e Discriminação

Módulo 3: Barreiras que Afectam a Adesão aos Serviços de Saúde

Módulo 4: Princípios de Comunicação

Módulo 5: Respeito Pelos Direitos Humanos nas Actividades dos Conselheiros Leigos

A expectativa é que este manual contribua para estabelecer uma relação de apoio baseada na dignidade humana e focada nas necessidades do paciente. Estes conteúdos podem beneficiar tanto os conselheiros leigos como outros actores comunitários e trabalhadores de saúde.

MÓDULO 1 OS DIREITOS E DEVERES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV



OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final desta unidade os participantes devem ser capazes de:

- » Compreender os direitos fundamentais dos seres humanos incluindo dos grupos vulneráveis e populações chave
- » Conhecer a *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (Carta)*
- » Saber quais são os direitos e os deveres que os utentes têm
- » Conhecer os direitos e deveres das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) previstos na Lei 9/2014

O Que Significa Direitos Humanos?

- » Os direitos humanos são direitos que todos os seres humanos têm, simplesmente pelo facto de serem seres humanos.
- » Os direitos humanos são um conjunto de direitos sem os quais o ser humano não pode viver condignamente, tais como o direito à vida, à saúde, à educação, e outros.
- » Os direitos humanos estabelecem padrões mínimos sobre como todas as pessoas devem ser tratadas pelo estado e outras pessoas ou instituições.

Protecção dos Direitos Humanos em Moçambique

A Constituição da República de Moçambique (CRM)	<p>direito á vida e a igualdade</p> <p>direito de acesso à justiça</p> <p>direito à saúde</p> <p>direito à educação</p> <p>direito à herança e ao uso e aproveitamento da terra</p>
A Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV (Lei nº 19/2014)	<p>direito a não ser discriminado</p> <p>direito à confidencialidade</p> <p>direito à dignidade, bom nome, honra e privacidade</p> <p>direito de criar família</p> <p>direito ao trabalho</p>
Lei da Protecção de Menores, Lei Contra a Violência Doméstica, Lei da Prevenção e Combate às Uniões Prematuras, Lei de Trabalho e outras que protegem e responsabilizam quem viola os direitos	<p>direito de não ser violentado física e psicologicamente</p> <p>direito da criança não celebrar casamento prematuro</p> <p>direito ao trabalho</p> <p>direito de crescer profissionalmente</p> <p>direito de reclamar e apresentar queixas</p>

A CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES

O Que É a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes?

- » É um instrumento onde se encontram direitos e deveres relacionados com à saúde.
- » É um instrumento através do qual os utentes dos serviços de saúde podem basear-se para apresentar queixas e reclamações quando os direitos são violados.
- » A *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes* foi aprovada e adoptada pelo Ministério da Saúde em 2007.



Objectivos da Carta

- » Colocar o utente como figura central do sistema de saúde.
- » Proteger a dignidade e integridade humana, bem como o direito à autonomia na prestação dos cuidados de saúde.
- » Desenvolver um bom relacionamento entre os utentes e os trabalhadores de saúde e estimular uma participação mais activa por parte do utente.
- » Facilitar e reforçar novas oportunidades de diálogo entre os utentes, OCBs, trabalhadores de saúde e a direcção das unidades sanitárias.
- » Promover a humanização e a cortesia no atendimento a todos os utentes, principalmente aos grupos vulneráveis e as populações chave.

Os Direitos dos Utentes

1. **O utente tem direito a ser tratado com cortesia e respeito pela dignidade humana.**
 - » O utente deve ser acolhido e tratado com amabilidade, conforto e solidariedade.
 - » O utente deve saber a identidade e a categoria profissional de todo o pessoal que participa na dispensa de cuidados de saúde (estes devem estar correctamente uniformizados e usar crachá).
 - » Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos mesmo dentro das limitações impostas pelos nossos escassos recursos.
2. **O utente tem direito a receber informações sobre a promoção da saúde e cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais, apropriados ao seu estado de saúde.**

Em termos de medicamentos, por exemplo, o utente tem direito de pedir e receber a seguinte informação:

- » nome de cada medicamento
- » porque é que foram prescritos
- » quando e como devem ser tomados
- » que efeitos secundários podem ocorrer
- » o que fazer em caso de efeitos secundários
- » o que fazer caso o efeito do medicamento não ocorra no tempo devido

3. O utente tem direito a não ser discriminado, nem na base do sexo, da raça ou etnia, da condição sócio económica, da religião, das suas opções políticas ou ideológicas, nem ainda da orientação sexual e da doença de que padece.
4. O utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe dizem respeito.
 - » O sigilo profissional deve ser respeitado. Todas as informações referentes ao estado de saúde dos pacientes e de outros utentes das unidades sanitárias – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal – são confidenciais.
 - » Têm direito à confidencialidade todos os maiores de 15 anos de idade. Até essa idade, as informações sobre o estado de saúde da criança podem e devem ser partilhadas com os pais ou cuidadores, com excepção dos menores de 15 anos que são chefes de família.
 - » Se o utente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou em casos raros em que a lei o determina, estas informações podem ser transmitidas a autoridades também cobertas pelo segredo profissional (ex. casos de violações sexuais).



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES

Direitos dos Utentes

- 1 O utente tem direito de ser tratado com cortesia e respeito pela dignidade humana.
- 2 O utente tem direito de não ser discriminado na base do sexo ou orientação sexual, da raça ou etnia, da condição socioeconómico, da religião, ou da doença que tem.
- 3 O utente tem direito de receber informações sobre a prevenção das doenças e os serviços de saúde.
- 4 O utente tem direito de ser informado sobre a sua situação de saúde e de aceder aos dados regista dos no seu processo clínico.
- 5 O utente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento explícito antes de qualquer acto médico invasivo ou de participação em qualquer projecto de investigação ou ensaio clínico.
- 6 O utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica. O sigilo profissional deve ser respeitado.
- 7 O utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer serviço de saúde.
- 8 O utente tem direito de ser referido para outra unidade sanitária e de receber cuidados de forma contínua.
- 9 O utente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, desde que não comportem risco grave para a sua vida.
- 10 O utente tem direito de apresentar sugestões, elogios e/ou reclamações por si, ou por quem o representa.
- 11 O utente tem direito ao apoio familiar, e as crianças têm direito de ser acompanhadas.

Deveres dos Utentes

- 1 O utente tem o dever de cuidar da sua saúde.
- 2 O utente tem o dever de fornecer todas as informações necessárias aos profissionais de saúde para a obtenção de um diagnóstico correcto e tratamento adequado.
- 3 O utente tem o dever de respeitar os trabalhadores de saúde e os outros utentes.
- 4 O utente tem o dever de cumprir com as orientações dadas pelos profissionais de saúde.
- 5 O utente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento da unidade sanitária.
- 6 O utente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada, incluindo em termos de higiene.
- 7 O utente tem o dever de denunciar cobranças ilícitas e outras barreiras, tais como atrasos regulares, tratamento desrespeitoso, falta de privacidade na farmácia, etc.
- 8 O utente tem o dever de pagar taxas moderadas dentro das suas possibilidades económicas. Em caso de pobreza extrema não se pode recusar cuidados de saúde ao utente por falta de pagamento das taxas.

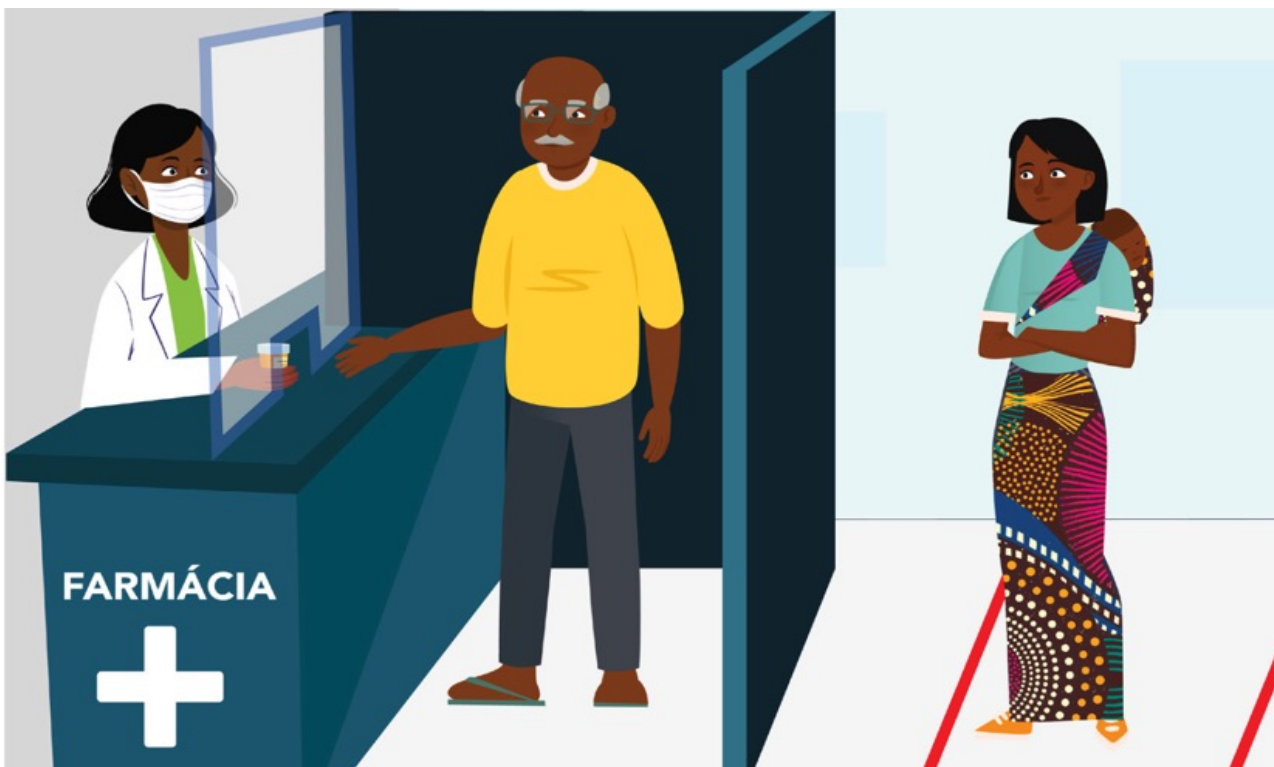
*Carta aprovada pelo Conselho de Ministros em 2007.

A saúde é um direito humano.
TOME ACÇÃO.



5. O utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.

- » Qualquer acto clínico só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o utente consentir ou pedir a presença de outros elementos.
- » Muitas vezes para fazerem um diagnóstico correcto ou para prescreverem um tratamento adequado, os trabalhadores de saúde são obrigados a fazer perguntas sobre questões da vida íntima. O utente é livre de responder ou não a essas questões, mas a falta dessa informação pode dificultar o diagnóstico ou prejudicar o tratamento.



6. O utente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e a aceder aos dados registados no seu processo clínico.

- » A informação sobre o estado de saúde deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do utente, que pode também autorizar que a informação seja prestada a terceiros.
- » Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.
- » A omissão de alguns dos dados do processo clínico é apenas justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o utente ou se contiverem informação sobre terceiros pessoas.

- 7. O utente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento explícito, antes de qualquer acto médico invasivo ou de participação em qualquer projecto de investigação ou ensaio clínico.**
 - » Quando se trate dum acto médico invasivo ou que comporte riscos (intervenções cirúrgicas, transfusões de sangue, etc.) o utente pode decidir de forma livre e esclarecida se aceita ou recusa o acto médico ou a intervenção. Isso deve ser registado por escrito.
 - » O trabalhador de saúde deve explicar correctamente, numa linguagem compreensível para o paciente, o acto médico a ser praticado, as suas vantagens e os eventuais riscos, mas igualmente os riscos que podem ocorrer se esse acto médico não for praticado.
 - » As unidades sanitárias devem possuir formulários para registo de consentimento explícito para actos médicos especiais. O mesmo deve ser feito quando se tratar de incluir o utente em qualquer tipo de projecto de investigação ou ensaio clínico.
 - » O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do utente.
 - » Quando um utente procura serviços de saúde numa unidade sanitária isso representa um consentimento tácito, e por isso os profissionais de saúde não necessitam de pedir o consentimento explícito.

- 8. O utente tem direito à prestação de cuidados continuados e a beneficiar do sistema de referência.**
 - » Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter das outras unidades sanitárias (outro centro de saúde, hospital distrital, hospital central) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.
 - » Quando numa unidade sanitária não houver condições para resolver o problema de saúde do utente, ele deve ser referido para a unidade sanitária de referência e se necessário o seu processo deve lhe acompanhar para não se perder tempo e dinheiro com novos exames e diagnósticos.
 - » Sempre que for preciso, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

- 9. O utente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, desde que elas não comportem risco grave para a sua vida.**

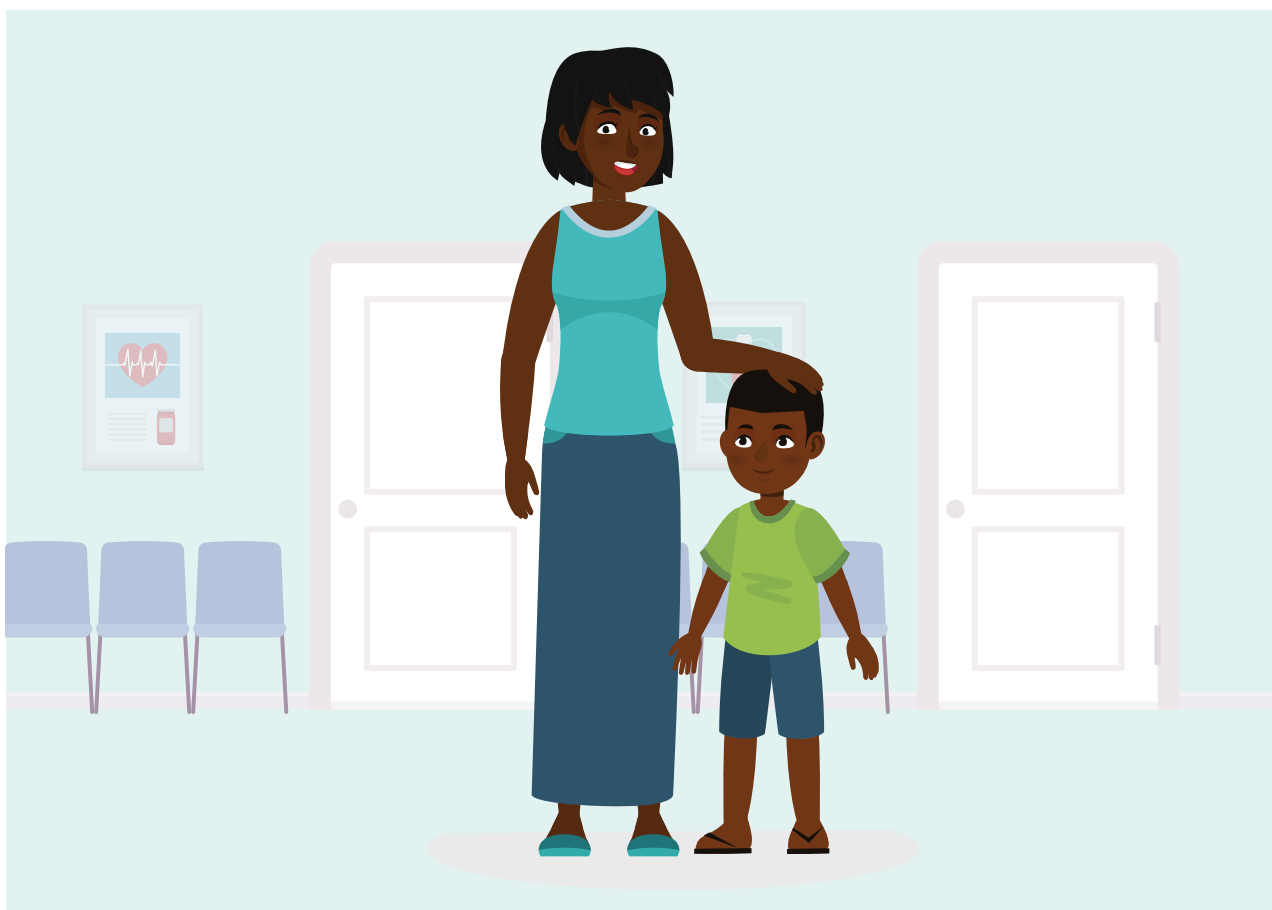
10. O utente tem direito por si, ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

- » Existem nos serviços de saúde o gabinete do utente e o livro ou caixa de sugestões e reclamações. O utente tem direito de sempre receber resposta ou informação acerca do seguimento dado às suas sugestões e queixas, em tempo útil.
- » As principais unidades sanitárias estão ligadas a linhas telefónicas gratuitas (linhas verdes) onde se pode apresentar sugestões e reclamações.
- » Os utentes são encorajados a denunciarem cobranças ilícitas e comportamentos incorrectos por parte de trabalhadores de saúde.

11. O utente tem direito ao apoio familiar e as crianças têm direito a ser acompanhadas pelas suas mães ou avós.

As crianças até 8 anos de idade, quando necessitarem de internamento, têm direito a ser acompanhadas pelas mães, que embora não tenham direito a uma cama, ser-lhes-ão criadas condições para repousarem de noite (cadeira de descanso, colchão, etc.).

- * *Na prática as crianças até aos 15 anos de idade tem direito a acompanhamento e na actualização da Carta deveria rever-se a idade em que a criança tem direito a acompanhante.*



Deveres dos Utentes

1. O utente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde, de adoptar modos de vida saudáveis e de procurar cuidados preventivos.
2. O utente tem o dever de fornecer aos trabalhadores de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O utente tem o dever de respeitar os direitos dos outros utentes.
4. O utente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas.
5. O utente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O utente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.
7. O utente tem o dever de denunciar cobranças ilícitas e outras formas de comportamentos incorrectos por parte de trabalhadores de saúde.

» A corrupção e/ou cobrança ilícita é um crime público, o que significa que todos os cidadãos - incluindo os funcionários públicos e conselheiros leigos - tem o direito e o dever de denunciar independentemente do seu envolvimento com o acto.

» Nenhum denunciante ou queixoso deve ser sujeito a uma medida disciplinar, perseguido ou prejudicado na carreira ou de qualquer outra forma. Em termos simples, quem denuncia tem direito a protecção.



8. O utente tem o dever de pagar taxas moderadoras dentro das suas possibilidades económicas.

» O Serviço Nacional de Saúde pode requerer dos utentes pequenas contribuições que se destinem a desencorajar e evitar o uso indevido e exagerado dos serviços de saúde para além do que é estritamente necessário. São estas quantias módicas e ao alcance da maioria da população que são chamadas "taxas moderadoras" e que os utentes têm o dever de pagar.

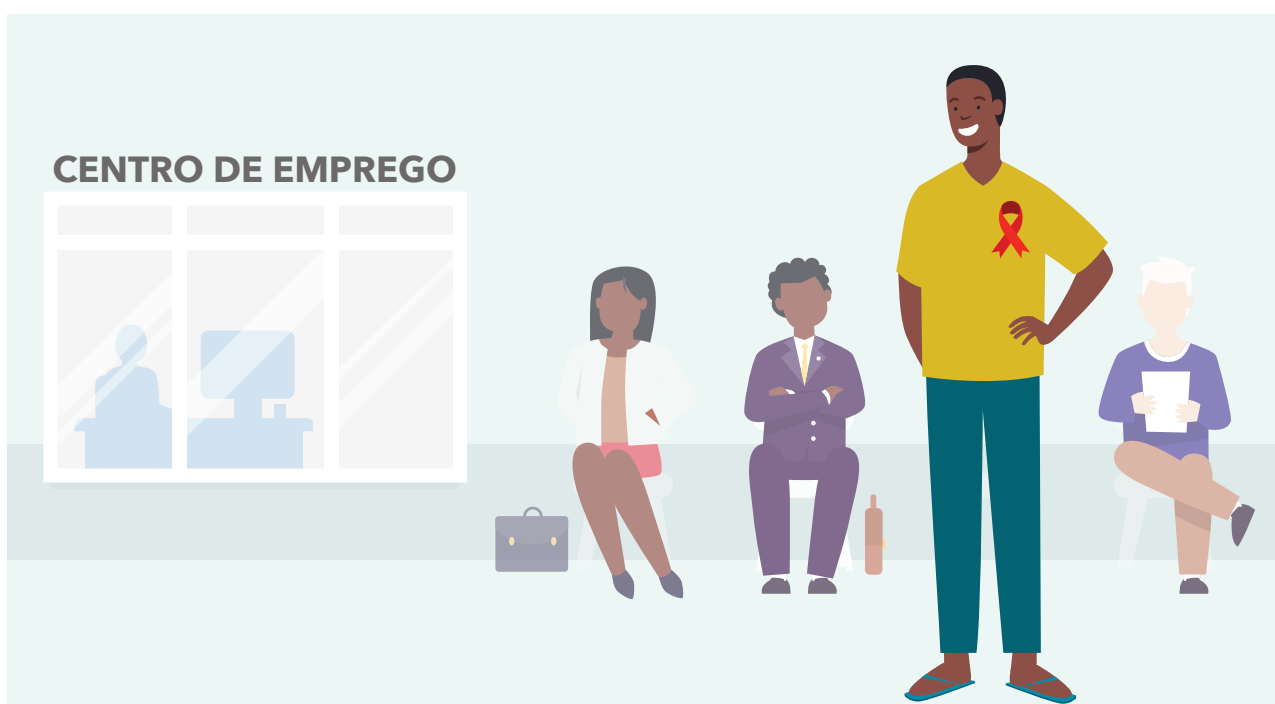
» Em caso de pobreza extrema, o utente ficará isento do pagamento dessas taxas moderadoras, e em nenhum caso podem ser recusados cuidados de urgência por falta de pagamento das taxas moderadoras.

LEI DE PROTECÇÃO DA PESSOA, DO TRABALHADOR E DO CANDIDATO A EMPREGO VIVENDO COM HIV (LEI 19/2014)

Direitos das PVHIV na Lei 19/2014

A Lei 19/2014 prevê nos artigos 5 e seguintes os direitos abaixo:

- » Assistência médica e medicamentosa (a consulta no âmbito do HIV e SIDA e os medicamentos antirretrovirais devem ser gratuitos)
- » Coabitação e educação
- » Participação na tomada de decisões e em outros actos familiares
- » Possibilidade de candidatar-se a emprego e a cargos públicos ou privados
- » Trabalho e formação profissional
- » Preservação e respeito da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, das ideias e crenças e da integridade sexual, moral e psíquica
- » Respeito da privacidade no seio da família e da comunidade
- » Respeito da condição serológica
- » Assistência social (podem recorrer ao Instituto Nacional de Segurança Social para ter apoio que inclui um valor em dinheiro que chamam cesta básica)
- » Indemnização em caso de contaminação propositada por terceiro ou resultante de erro, negligência médica ou de terceiros



Princípio da Não Discriminação

A Lei 19/2014 prevê o “princípio da não discriminação” nos artigos 4 e 16 onde estabelece que:

- » A pessoa vivendo com HIV e SIDA goza dos mesmos direitos e tratamento que qualquer outra pessoa, e por isso não deve ser discriminada, estigmatizada, nem sujeita a maus tratos por ser seropositivo
- » Todo aquele que discriminar, estigmatizar ou maltratar a pessoa vivendo com HIV e SIDA ou seus parceiros pode ser responsabilizado civil e criminalmente, devendo pagar uma indemnização ao ofendido pelo acto

Confidencialidade do Estado Serológico

No artigo 6 da Lei 19/204 estabelece os seguintes direitos relacionados com a confidencialidade do estado serológico:

- » Não ser obrigado a revelar o seu estado serológico, salvo nos casos previstos na presente lei e demais legislações pertinentes
- » Não ver publicado ou divulgado o estado serológico de qualquer pessoa que viva com HIV a terceiros sem consentimento

O teste a crianças menores de 11 anos e as pessoas mentalmente incapacitadas só podem ser realizados com o consentimento dos pais ou responsáveis legais destes. Por outras palavras as crianças maiores de 11 anos podem fazer teste sem consentimento dos pais ou seus responsáveis.

O artigo 28, sobre o direito à confidencialidade, consagra que o teste serológico de HIV não deve ser divulgado a terceiros, salvo à pessoa testada ou ao seu cônjuge, aos seus progenitores ou tutor, no caso de ser menor de idade. A violação deste direito confere indemnização à pessoa testada e às pessoas afectadas pela quebra de confidencialidade.

Consentimento Informado

Direito a não ser submetido, sem consentimento informado voluntário, a exames médicos de HIV. Excepcionalmente é permitido a realização de testes para o diagnóstico de infecção por HIV sem consentimento nos seguintes casos:

- » Solicitação do clínico para fins exclusivamente relacionados com a saúde e tratamento do paciente (por exemplo se o paciente tiver uma deficiência psico-motora ou se estiver inconsciente)
- » Em casos de doação de sangue e seus derivados, leite materno, órgãos e tecidos humanos

- » Para fins processuais penais e ou civis com prévia ordem da autoridade judicial competente
- » Realização de intervenção cirúrgica que requeira essa avaliação ou de urgência

Testagem Pós Exposição por Crimes Sexuais

- » É assegurada profilaxia de pós exposição a todas as vítimas de crime sexual
- » Consoante as circunstâncias do caso o Juíz ou o Ministério Público deve, oficiosamente, ordenar a submissão do autor do crime sexual à testagem pós exposição para diagnóstico de infecção por HIV
- » Na ausência do Juíz ou Ministério Público, a entidade policial pode decidir a submissão à testagem pós exposição para diagnóstico de infecção por HIV

Deveres das PVHIV na Lei 19/2014

Segundo o artigo 13 da Lei 19/2014 as PVHIV têm as seguintes responsabilidades:

- » Adotar atitudes, hábitos e comportamentos que evitem a transmissão a outrem
- » Sensibilizar outras pessoas quanto a infecção e a doença
- » Cumprir com a prescrição médica
- » Informar o seu estado serológico ao clínico
- » Dar a conhecer ao cônjuge ou parceiro sexual sobre a sua condição serológica
- » Não doar sangue e seus derivados, leite materno, órgãos ou tecidos para uso terapêutico, salvo no âmbito de intervenção científica



Deveres dos Trabalhadores de Saúde na Lei 19/2014

Segundo o artigo 33 da Lei 19/2014 os trabalhadores de saúde têm as seguintes responsabilidades:

- » Agir com zelo e diligência nos cuidados prestados, incluindo no tratamento da pessoa que vive com HIV ou SIDA
- » Abster-se de atitudes ou comportamentos discriminatórios ou de estigma
- » Garantir o sigilo profissional

A violação destes deveres pode levar a processo disciplinar e sempre que couber, a responsabilidade civil e criminal.

Sanções e Multas por Violação dos Direitos da Pessoa Vivendo com HIV

- » O trabalhador de saúde ou outro profissional que violar a ética e/ou ofender a honra e dignidade da PVHIV, discriminando-a ou desprezando-a, será sancionado com uma multa em função do seu grau de culpa, sem prejuízo da responsabilidade criminal.
- » Aquele que difamar, injuriar ou caluniar outra pessoa com base no facto de ser PVHIV será punido criminalmente e terá que pagar uma indemnização conforme a Lei.

Nos termos do *Código Penal* (artigos 233 e 234) a difamação e a injúria são actos de desonrar alguém, espalhando publicamente informações falsas ou verdadeiras verbalmente, por desenho, por escrita que afectam a dignidade, bom nome e honra da pessoa. Este crime é punido com a pena até 1 ano de prisão e multa correspondente.

O conselheiro leigo ou trabalhador de saúde que discriminar o paciente ou o utente estará a cometer um crime. O *Código Penal* (artigo 191) considera como crime a situação de alguém discriminar outra pessoa por causa da raça, cor, sexo, religião, idade, deficiência, condição social, etnia, nacionalidade. Isso inclui tratar diferente e de forma negativa, ofender, falar mal com a pessoa ou sobre a pessoa por causa da doença que tem.

Nos casos acima pode se aplicar a pena de prisão até 1 ano, e esta pode ser agravada até 8 anos se a discriminação partir de um funcionário público ou se a discriminação implicar a proibição ou limitação de acesso à um local público.

TRABALHO PRÁTICO

Orientações Sobre o Trabalho Prático

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Distribua uma cópia do caso por cada grupo ou mantenha o caso projectado com as respectivas questões. Uma parte dos grupos pode trabalhar com caso da Fátima e outra com caso da Rosa.
2. Os participantes devem ler o estudo de caso individualmente ou uma pessoa pode lê-lo em voz alta para o resto do grupo.
3. Cada grupo deve trabalhar em conjunto para responder às perguntas relacionadas com os estudo de caso e registar tudo em papel (15-20 minutos).
4. Cada grupo terá a oportunidade de apresentar em plenária as suas respostas e dar espaço a questões e comentários.

O trabalho prático poderá ser ajustado em função do tipo de exercício e número de participantes. Para capacitações com poucos participantes podemos fazer trabalhos individuais ou trabalhos dois a dois, e para capacitações maiores os trabalhos poderão ser realizados em grupos de 4 a 6. Recomenda-se sempre que não sejam grupos grandes para permitir uma maior interacção e participação.

Estas são apenas dicas, não existe uma fórmula específica. Mesmo em relação ao tempo alocado aos exercícios vai variar em função do tempo da capacitação, do número de participantes/grupos, etc. A ideia é que seja um exercício interactivo que abra espaço para os participantes aplicarem na prática os conteúdos da capacitação e para partilharem as suas experiências.

Estudo de Caso: Testemunho da Fátima

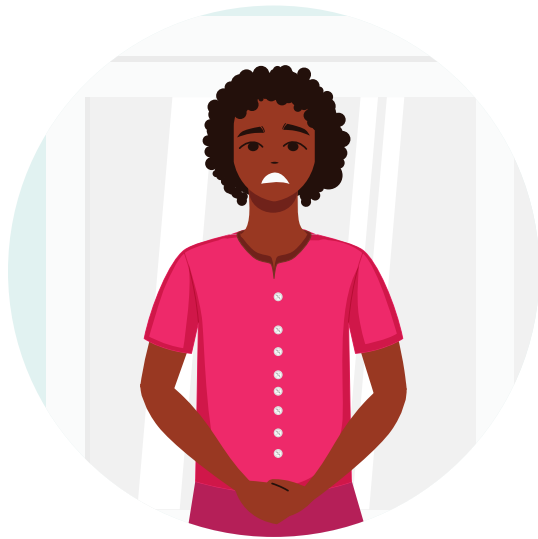
Eu estava grávida e dei parto em casa em Março do ano passado. O meu bebé acabou nascendo muito pequeno. Uma vizinha me recomendou ir a unidade sanitária para fazer consulta.

Cheguei as 7h no centro de saúde, mas não havia ninguém no sector. Quando a conselheira chegou era quase 11h. Me perguntou zangada por que eu dei parto em casa, e me disse aos berros em frente da toda gente que o bebé nasceu assim por minha culpa por que não fiz o teste de HIV.

O teste deu positivo. Fiquei muito triste.... Depois a conselheira disse me que para seguir com tratamento tinha que pagar 300 meticais para a consulta como o bebé não tinha registo de nascimento.



Estudo de Caso: Testemunho da Rosa



Fui a uma unidade sanitária no dia 20 de Maio de 2019 para realizar o planeamento familiar. O provedor de saúde me disse que eu não podia obter os contraceptivos a menos que fizesse um teste de HIV primeiro.

Quando lhe perguntei por que eu devia fazer um teste de HIV, ele respondeu: “Nós sabemos que as pessoas que usam contraceptivos geralmente mantêm relações sexuais desprotegidas.” Depois disse que qualquer pessoa que vai ali para a prevenção deve fazer o teste de HIV.

Eu não queria fazer o teste de HIV, mas disseram-me que se eu não fizesse o teste eles não dariam os contraceptivos. Levaram-me a uma sala na unidade sanitária para tirar sangue. Ninguém me aconselhou antes nem depois do teste. Somente disseram, em frente de outras pessoas, que era positiva e deveria voltar outro dia.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Que violações identifica nestes casos?
2. Quais são os direitos que a *Carta e/ou a Lei de Protecção das PVHIV* estabelece para essas situações?
3. Que consequências este tipo de casos pode ter na vida e na saúde dos pacientes?
4. O que os provedores poderiam ter feito melhor para apoiar as pacientes?

MÓDULO 2 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO



OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final desta unidade os participantes devem ser capazes de:

- » Compreender os conceitos de estigma e discriminação
- » Conhecer os vários tipos de estigma e discriminação dentro das unidades sanitárias
- » Perceber como as suas próprias atitudes contribuem para o estigma e discriminação
- » Identificar formas de prevenção de estigma e discriminação das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e populações chave

CONCEITOS DE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

O Que É Estigma?

- » Interiorização de percepções sociais negativas sobre uma pessoa porque tem alguma doença ou condição que a comunidade ou a própria pessoa acredita ser vergonhosa ou não aceitável.
- » Estigma é resultado daquilo que as pessoas *pensam*.
- » Populações chave (trabalhadores de sexo, homens que fazem sexo com outros homens, reclusos, pessoas que injectam drogas, e pessoas transgénero) quando tem HIV são duplamente estigmatizadas.



Tipos de Estigma

Estigma de pessoa(s) para pessoa(s)

São crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas portadoras de uma característica específica (por exemplo ter HIV, ser trabalhadora de sexo, ser homossexual, ter uma deficiência física), que pode ser estendido a suas famílias ou pessoas próximas.

Auto-estigma

Quando a pessoa interioriza os rótulos que a sociedade lhe atribui e acaba acreditando e vivendo de acordo com essas ideias.

Exemplos de Estigma

Se seguem alguns exemplos de estigma direcionado para as pessoas que vivem com HIV ou que fazem parte das populações chave:

- » “Ele tosse muito e está muito magro porque tem HIV.”
- » “Sua doença é causada por seu comportamento promíscuo.”
- » “Os doentes de HIV - especialmente os faltosos - devem esperar aqui.”
- » “As pessoas olham para mim porque eu tenho o HIV.”
- » “Os homens que fazem sexo com homens (HSH) merecem ter HIV porque o que fazem é errado.”
- » “As PVHIV são promíscuas e fazem sexo com muitas pessoas.”
- » “Aqueles rapazes que injectam drogas tem HIV.”
- » “As trabalhadoras de sexo são amaldiçoadas e estão a ser punidas por Deus.”



O Que É Discriminação?

- » É uma maneira injusta de tratar alguém ou agir perante alguém porque as pessoas pensam que ele ou ela é diferente de alguma forma.
- » Tratar outra pessoa de forma negativa, diferente ou com inferioridade devido a uma característica específica.
- » Discriminação é algo que as pessoas *fazem*. (É a acção resultante do estigma.)

Tipos de Discriminação

Discriminação directa de pessoa para pessoa

A pessoa é desvalorizada, rejeitada, insultada, desacreditada e/ou excluída.

Auto-discriminação

A pessoa se auto desvaloriza, se auto exclui.

Discriminação estrutural

O grupo (por exemplo PVHIV, HSH, reclusos) é identificado, excluído ou desvalorizado por regras não personalizadas, estruturas e/ou sistemas.

Exemplos de Discriminação

Alguns exemplos de discriminação contra PVHIV:

- » São insultadas ou difamadas
- » Não lhes é permitido o tratamento médico
- » É-lhes negado o emprego
- » São socialmente isoladas, com uma separação entre "nós" e "eles" (por exemplo as pessoas recusam-se a sentar-se com elas, comer com elas, tocá-las, conviver com elas)



Estigma e Discriminação

O estigma refere-se à desaprovação ou aos pensamentos negativos ligados ao que a comunidade acredita ser vergonhoso ou não aceitável.

A discriminação refere-se ao tratamento injusto e diferenciado a outra pessoa ou a grupos de pessoas por serem diferentes de alguma forma.



EXEMPLOS DE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Exemplos que Retratam Discriminação

- » Não recebem devidamente serviços de saúde por ser trabalhadora de sexo, homem que faz sexo com os homens, usuários de drogas, PVHIV, pessoa com deficiência, ou idoso
- » Não recebem assistência médica com base na indumentária ou tipo de roupa que vestem (blusa de alças, roupa curta, roupa com desgaste, etc.) ou aparência (pessoa com feridas, pobre, etc.)
- » São tratados por nomes insultuosos ou rotulados como *"seropositivos"*, *"doentes"*, *"faltosos"*, *"abandonos"*, *"tuberculosos"*, *"trapos"*, etc.
- » Mencionar que paciente idoso, com HIV ou população chave não deve receber medicamentos para não gastar ou que deve deixar para quem merece mais
- » São tratados de forma desrespeitosa nas consultas, chamadas ou visitas os pacientes que interromperam o tratamento ou estão em risco de abandono – por exemplo *"és um faltoso... vais morrer"* ou *"abandonaste o tratamento só para contaminar as pessoas"*

MUITO IMPORTANTE

Referir aos pacientes vivendo com HIV como “doentes” é discriminatório e insinua erradamente que as PVHIV são doentes enquanto que a mensagem que devemos passar é que as PVHIV podem ser saudáveis.

Chamar ou rotular os pacientes de “faltosos” ou “abandonos” é tratá-los de forma desrespeitosa, é discriminação, e é assumir que os pacientes tem culpa por interromper ou abandonar o tratamento sem questionar a razão ou entender que muitas vezes a causa tem a ver com barreiras familiares, sociais ou estruturais.

É nossa responsabilidade, como conselheiros leigos, não usar essa linguagem discriminatória e desrespeitosa e também de consciencializar os trabalhadores de saúde a usar termos como “pacientes”, “pacientes que interromperam ou abandonaram o tratamento” ao invés de “doentes”, “faltosos”, “abandonos”.

Exemplos que Retratam Mau Atendimento ou Atendimento Desrespeitoso que Podem Não Estar Associados a Discriminação

- » Devolver o cartão do paciente, alegando ter passado a hora de deixar os cartões no guiché
- » Insultar uma pessoa, falar alto com ela ou falar de uma forma rude
- » Atender de forma frequente chamadas telefónicas, incluindo conversar por muito tempo enquanto os utentes esperam para ser atendidos na consulta ou na fila
- » Mandar um utente limpar a casa de banho ou capinar como castigo por ter falhado a data de vacinação dos filhos ou por ter dado parto em casa
- » Falar mal ou prejudicar uma pessoa porque ela fez uma reclamação sobre os serviços prestados
- » Passar receita sem falar com o utente, sem questionar o que o utente sente nem fazer exame

CONSEQUÊNCIAS DE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

Qual É o Impacto da Estigma e Discriminação?

- » Comprometem os esforços nacionais de combate ao HIV/SIDA
- » O medo de estigma e discriminação desencoraja as pessoas de serem testadas
- » Estigma e discriminação provocam sentimentos de isolamento e rejeição que podem afectar adesão e retenção em tratamento antirretroviral (TARV)
- » Estigma e discriminação impedem as pessoas de contarem aos seus parceiros que são seropositivas
- » O estigma e a discriminação podem também levar ao isolamento social, violência, abandono e rotura de conexões familiares e comunitárias

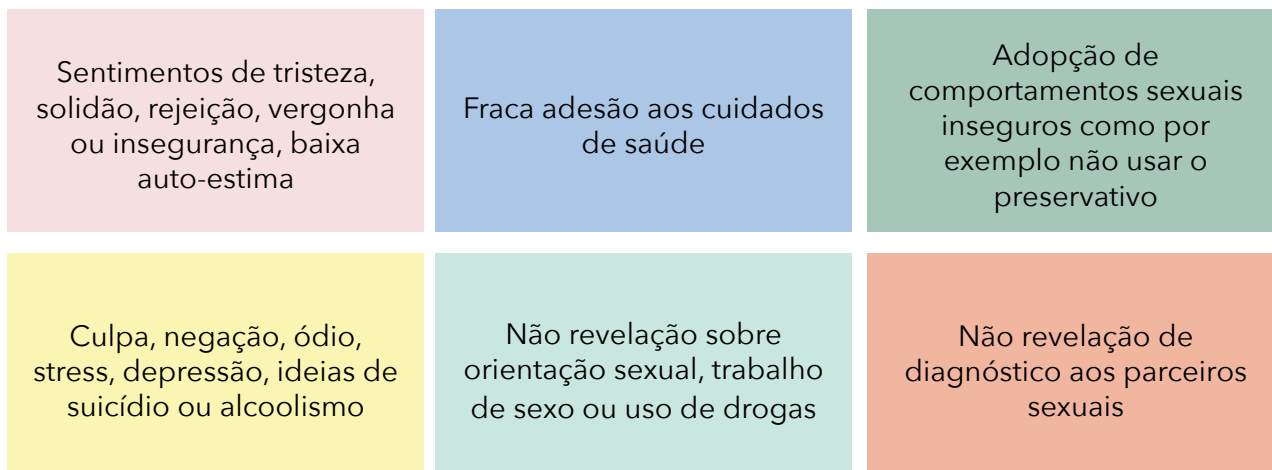
Populações Chave e Vulneráveis

Populações chave e vulneráveis são grupos de pessoas sob risco elevado de exposição ao HIV bem como a discriminação e violação de outros direitos, devido a factores socioeconómicos e culturais.*



* [UNAIDS Global HIV Statistics Fact Sheet 2022](#) e Stange et al., *The Health Stigma and Discrimination Framework*, BMC Medicine, 2019.

O Impacto da Estigma e Discriminação nas PVHIV e Populações Chave



Discriminar É Crime

Código Penal, artigo 191

O *Código Penal* considera como crime a situação de alguém discriminar outra pessoa por causa da raça, cor, sexo, religião, idade, deficiência, condição social, etnia, nacionalidade. Isso inclui tratar diferente e de forma negativa, ofender, falar mal com a pessoa ou sobre a pessoa por causa da doença que tem.

Nos casos acima pode se aplicar a pena de prisão até 1 ano, e esta pode ser agravada até 8 anos se a discriminação partir de um funcionário público ou se a discriminação implicar a proibição ou limitação de acesso à um local público.

Difamação É Crime

Código Penal, artigos 233 e 234

Nos termos do *Código Penal* a difamação e a injúria são actos do desonrar alguém, espalhando publicamente informações falsas ou verdadeiras verbalmente, por desenho, por escrita que afectam a dignidade, bom nome e honra da pessoa.

Este crime é punido com a pena até 1 ano de prisão e multa correspondente.

Princípio da Universalidade e Igualdade

Constituição da República de Moçambique, artigo 35

Todos cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, estado civil dos pais ou opção política. Isso inclui o dever de tratar todos de forma igual independentemente do estado de saúde ou doença que tem e da orientação sexual.

O PAPEL DO CONSELHEIRO NA ELIMINAÇÃO DO ESTIGMA E DA DISCRIMINAÇÃO

O Papel do Conselheiro na Eliminação do Estigma e da Discriminação

- » Reconheça as suas próprias atitudes negativas e crenças
- » Seja um bom exemplo de como respeitar e tratar a todos com dignidade e igualdade, mostrando respeito e preocupação por pessoas que vivem com HIV/SIDA incluindo as que fazem parte das populações chave
- » Sensibilize os conselheiros, os trabalhadores de saúde, e os membros da comunidade sobre o HIV/SIDA
- » Corrija as ideias erradas e mitos sobre o HIV/SIDA. Fale com as pessoas sobre os perigos de atitudes negativas e discriminação
- » Envolver as pessoas que vivem com HIV/SIDA e populações chave em discussões com os membros da comunidade sobre o HIV/SIDA e a discriminação



TRABALHO PRÁTICO

Orientações Sobre o Trabalho Prático

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Distribua uma cópia do caso por cada grupo ou mantenha o caso projectado com as respectivas questões.
2. Os participantes devem ler o estudo de caso individualmente ou uma pessoa pode lê-lo em voz alta para o resto do grupo.
3. Cada grupo deve trabalhar em conjunto para responder às perguntas relacionadas com o estudo de caso e registar tudo em papel (15-20 minutos).
4. Cada grupo terá a oportunidade de apresentar em plenária as suas respostas e dar espaço a questões e comentários.

Estudo de Caso

A Beatriz depois de ficar 6 horas a espera para ser atendida é internada no hospital onde lhe informam que terá que fazer alguns exames fora por falta de reagentes.

Ao ler a ficha da mulher, a enfermeira indicada para cuidar da Beatriz descobre que ela é seropositiva. A enfermeira recusa-se a falar com a paciente ou a ajudá-la quando ela precisa de sair da cama. A única coisa que a enfermeira faz é dar à paciente o seu medicamento, mas sempre colocando luvas duplicadas antes disso. Na hora da refeição exige que os familiares tragam loiça de casa (copo, colher e prato).

Na semana seguinte a Beatriz falta na data marcada para ir a unidade sanitária levantar aos medicamentos. O conselheiro liga para ela para entender porquê.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Identifique o que está errado neste caso, explicando se pode ser considerado ou não discriminação.
2. Registe três exemplos de barreiras ligadas a discriminação que podem ocorrer nas unidades sanitárias.
3. Ao ouvir da Beatriz que foi tratada assim, como conselheiro o que faria para assegurar que a Beatriz volte a unidade sanitária e para evitar que o comportamento da enfermeira não se repita com outros pacientes?

MÓDULO 3 **BARREIRAS QUE AFECTAM A ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**



OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final da secção, os participantes devem ser capazes de:

- » Conhecer as barreiras comuns de acesso aos serviços de saúde ao nível da unidade sanitária
- » Identificar no âmbito das sessões de aconselhamento as barreiras ligadas aos serviços de saúde que limitam a adesão e retenção dos pacientes em tratamento antirretroviral (TARV)
- » Saber quais são os mecanismos de apresentação de queixas, reclamações e sugestões dentro do sistema de saúde e ao nível da comunidade e encaminhar os pacientes caso enfrentem barreiras

BARREIRAS LIGADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE AFECTAM A ADESÃO E RETENÇÃO

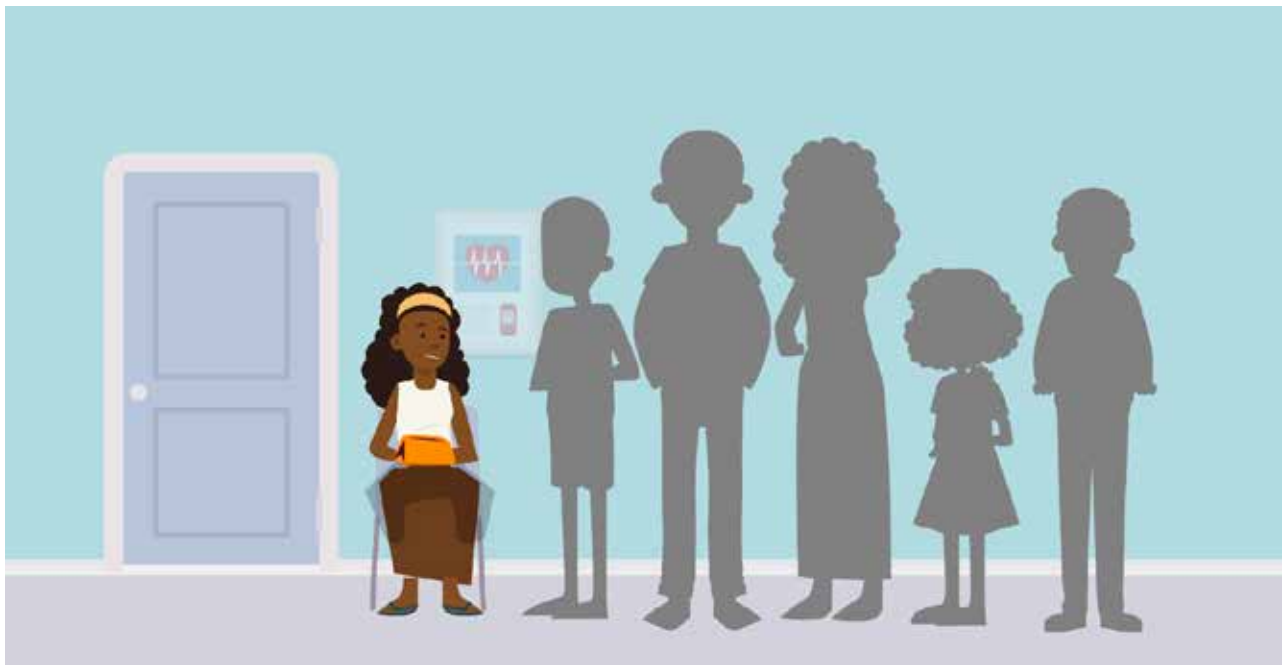
Papel do Conselheiro na Identificação das Barreiras

Nas sessões de aconselhamento, nas chamadas e nas visitas o conselheiro deve sempre auscultar o paciente se há alguma barreira que esta a enfrentar na unidade sanitária e ou na comunidade.

É importante que o conselheiro pergunte ao paciente se foi atendido com privacidade, de forma respeitosa, se recebeu informação sobre o tratamento e diagnóstico, etc. Procurar saber se o serviço foi humanizado ajuda a entender se a causa de falta ou abandono do tratamento tem haver com barreiras psicossociais ou ligadas a unidade sanitária.

Reflexão em Plenária

Quais são as barreiras ligadas aos serviços de saúde que afectam a adesão e retenção das pessoas vivendo com HIV (PVHIV)?



Exemplos de Barreiras Comuns

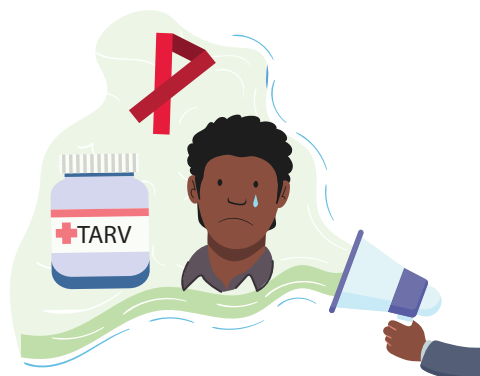
Comportamento dos Trabalhadores de Saúde

- » **Ausência frequente do pessoal de saúde e/ou demora no atendimento** (incluindo situações em que o trabalhador de saúde chega atrasado ou sai cedo)
- » **Atendimento desrespeitoso no atendimento e nas chamadas** (por exemplo ser autoritário, gritar ou ser rude nas consultas, na farmácia, na aceitação, nas chamadas aos pacientes que interromperam o tratamento)
- » **Discriminação por ser PVHIV e/ou por fazer parte de população chave** (por exemplo referir aos pacientes com HIV como “doentes” ou “infectados”, ou não oferecer planeamento familiar a uma mulher por ser trabalhadora de sexo)
- » **Falta de privacidade** (por exemplo pacientes questionados ou observados na presença de outros, consultas ou testes feitos com as portas abertas)



» **Falta de confidencialidade** (por exemplo os resultados dos testes expostos/abertos ou partilhados com outros utentes ou provedores não associados com o paciente)

» **Desafios ligados as chamadas e visitas domiciliares, incluindo falta de cortesia/respeito, confidencialidade, privacidade ou consentimento** (por exemplo gritar com paciente porque faltou, chamar de “faltoso” e assumir que tem culpa sem questionar a causa, fazer chamadas ou visitas sem o consentimento do utente, fazer perguntas revelando o estado em frente a outras pessoas na casa, tentar localizar a casa revelando o estado de saúde aos vizinhos, etc.)



» **Fazer o teste de HIV em grupo** (por exemplo juntar vários utentes na mesma sala para fazer os seus testes em simultâneo)

» **Cobranças ilícitas**

» **Falta de informação suficiente sobre a toma dos medicamentos e os efeitos secundários**

» **Falta de informação clara ou suficiente sobre exames laboratoriais incluindo sobre carga viral** (o que é carga viral, quando é que deve fazer, o significado dos resultados, etc.)

» **Falta de informação suficiente sobre os serviços** (por exemplo falta de comunicação sobre avaria de equipamento, ausência ou atraso dos provedores, atrasos nos resultados, modelos diferenciados)

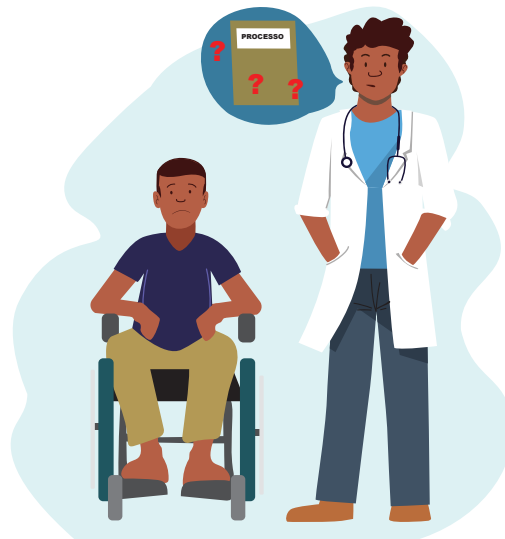
» **Perda dos processos clínicos, fichas mestra, FILA e/ou resultados dos pacientes**

» **Falta de informação e/ou não oferta dos serviços de planeamento familiar** para as PVHIV e ou populações chave

» **Incumprimento da norma de atendimento prioritário** (idosos, mulheres grávidas, pessoas com deficiência, pacientes em estado grave)

» **Não cumprimento ou não oferta de modelos diferenciados** disponíveis na unidade sanitária, incluindo imposição de modelos ao paciente

» **Recusa de atendimento aos pacientes que não residem na área geográfica da unidade sanitária**



Infraestrutura

- » **Avaria de casa de banho ou falta de casa de banho condigna**
- » **Falta de espaço privado** (por exemplo vários serviços funcionando no mesmo espaço, vários pacientes atendidos ao mesmo tempo nas salas de consulta ou de testagem, janela de farmácia sem cabines/separadores)
- » **Falta de bancos**
- » **Falta de rampas de acesso**



Equipamento e Medicamentos

- » **Falta ou avaria de máquinas** (por exemplo GeneXpert, máquina de carga viral, termómetro, hemograma, etc.)
- » **Falta de medicamentos essenciais** (por exemplo o paciente sai sem os medicamentos receitados como TARV, cotrimoxazole, medicamentos de TB)
- » **Fornecimento insuficiente dos medicamentos ao paciente** (por exemplo um paciente tem receita para 1 mês, mas recebe apenas comprimidos para 15 dias, ou um paciente com direito de dispensa trimestral não lhe é fornecido TARV para 3 meses)
- » **Falta de crachás e/ou uniformes para os trabalhadores**

MECANISMOS DE RESOLUÇÃO DAS BARREIRAS

Papel do Conselheiro no Encaminhamento das Queixas

Caso o paciente partilhe que a causa da falta ou abandono do tratamento tem haver com barreiras ligadas a unidade sanitária o conselheiro deve:

- » Documentar na *Ficha Mestra* (no campo sobre factores que afectam adesão)
- » Partilhar no comité TARV
- » Partilhar com os responsáveis dos sectores envolvidos
- » Encaminhar o paciente a recorrer aos mecanismos de resolução de barreiras ao nível da unidade sanitária

Mecanismos de Apresentação de Reclamações e Sugestões no Sistema de Saúde

Ao constatar barreiras de acesso aos serviços de saúde, os conselheiros devem aconselhar os pacientes a recorrer aos mecanismos que se seguem:

Livro e caixa de reclamações e sugestões

- » Todas as unidades sanitárias devem ter um livro e uma caixa de reclamações e sugestões de modo a garantir que os utentes que tenham dificuldades de efectuar qualquer registo no livro (por medo, baixa escolaridade, etc.) tenham a oportunidade de através de terceiros depositarem na caixa de reclamações a sua preocupação, sugestão ou reclamação.
- » Estes instrumentos devem estar disponíveis aos utentes devendo também ser divulgado quer por escrito (em cartaz, aviso, folheto, etc.) quer verbalmente através de palestras ou outros meios (rádio, televisão, etc.) para assegurar um maior alcance de todos e para garantir a inclusão dos grupos vulneráveis.

Linha do público ou linha verde

- » As unidades sanitárias devem ter uma linha pública designada linha verde para os utentes reportarem as suas queixas, reclamações e sugestões. Estas queixas e sugestões devem ser registadas e seguidas.

Linha do Procurador

- » São linhas telefónicas para receber denúncias sob a responsabilidade da procuradoria, que é instituição que garante e assegura o cumprimento da lei.

Seria recomendável que cada parceiro clínico fornecesse aos conselheiros uma lista dos números das linhas acima mencionadas (adaptado por cada província).

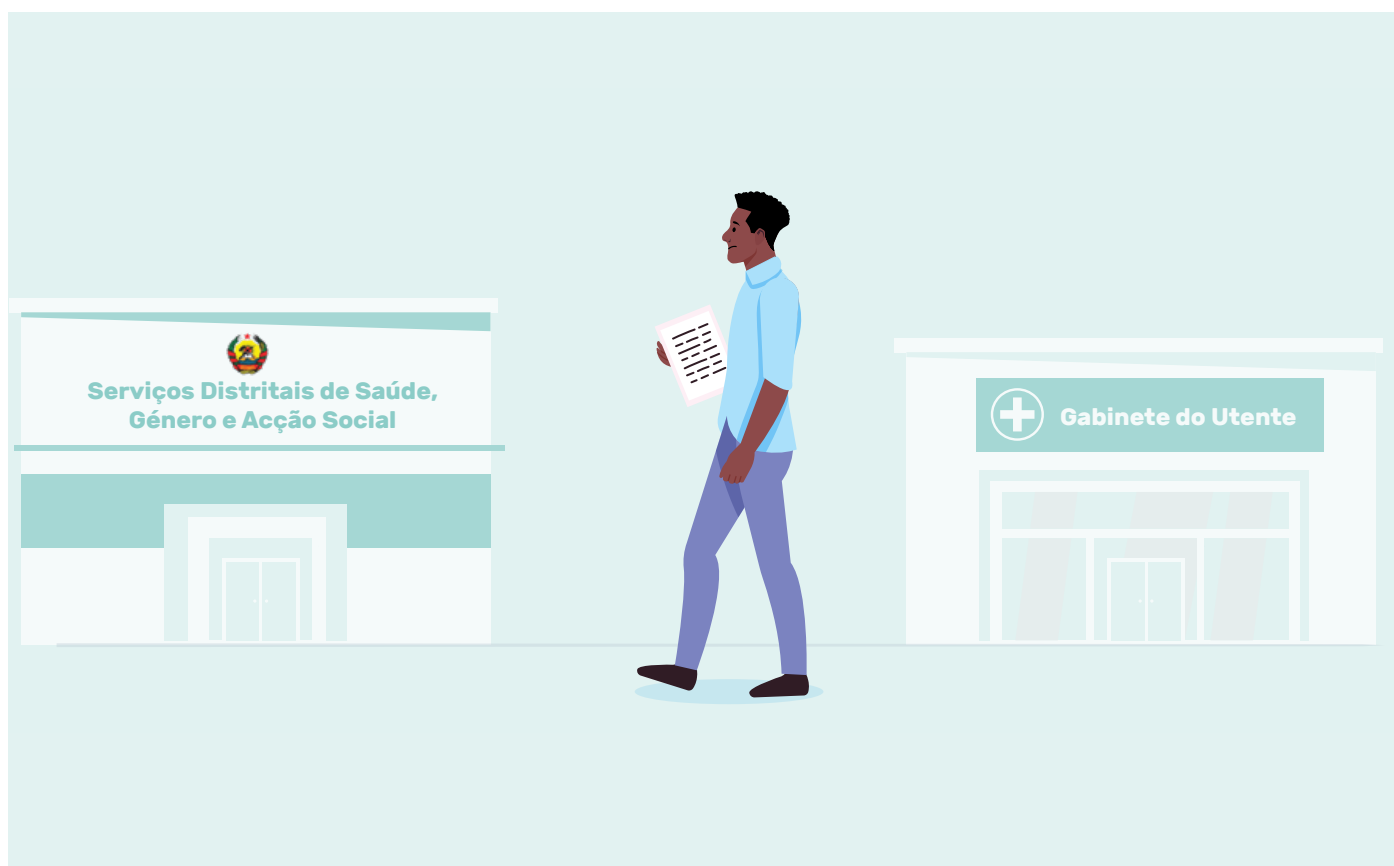
Gabinete do Utente

- » O gabinete do utente tem a responsabilidade de auscultar e efectuar o tratamento das reclamações e preocupações dos utentes junto com as entidades comunitárias que participam via comités de saúde e de co-gestão e humanização. Paralelamente tem o papel de divulgar as normas e os protocolos pelos meios disponíveis.
- » O gabinete do utente subordina-se ao representante da unidade sanitária ou a quem este delegar e é constituído por um assistente social, um ou mais membros do comité de saúde, e representantes das organizações da sociedade civil credenciadas.

Para os casos em que os meios anteriores não forem satisfatórios, podem encaminhar as instituições abaixo indicadas:

- » Serviços Distritais de Saúde, Género e Acção Social (SDSGAS)
- » Direcção Provincial de Saúde (DPS)
- » MISAU ao nível central
- » Inspeção Geral de Saúde

Ao nível da comunidade pode se recorrer ao comité de saúde, ao paralegal e ou ao defensor de saúde.



TRABALHO PRÁTICO

Orientações Sobre o Trabalho Prático

Para a reflexão em plenária seguem-se algumas dicas:

1. Cada participante deve ler o estudo de caso e registar no bloco de notas em bullets ou de forma resumida as respostas a cada pergunta (15-30 minutos).
2. O facilitador pede para que em plenária voluntários partilhem as suas reflexões ou pode indicar alguém para fazê-lo.
3. Depois de algumas respostas partilhadas pelos participantes, o facilitador pode pedir que outros participantes comentem sobre as respostas.

Estudo de Caso: Testemunho do Manuel

Em Fevereiro de 2021, o Geraldo, conselheiro, ouviu várias reclamações de pacientes sobre a falta de sanitários públicos, o que obrigava os pacientes a ter de fazer as necessidades fisiológicas ao ar livre e levava-os a desistir das consultas. Abaixo o testemunho do Manuel, paciente em TARV:

"No dia 10 eu fui a consulta. Quando estava na fila, uma dor de barriga começa a me atacar. Tive que dar voltas a todo lado. O sanitário que existia - espreitando nem dava para lá entrar. Tive que correr para um lado qualquer para atrás de um árvore só para poder me aliviar. Não foi uma coisa escondida. Muita gente estava a me assistir porque havia essa situação e não podia escapar dela. Essa vergonha toda foi muito transtornante para mim. Temos pacientes seropositivos e com TB a tomar medicamentos que provocam diarreias. Pensam 'deixa passar a diarreia e depois hei de ir ao hospital.' Outros corremos o risco de perder. Preferem ficar em casa onde não estão rodeados de muita gente."



Estudo de Caso: Testemunho da Luísa

Em Julho de 2022 vários pacientes em seguimento no sector de doenças crónicas queixaram-se da perda constante do cartão. As vezes alguns optavam por desistir da consulta, colocando em risco a sua saúde. Abaixo o testemunho da Luísa:

"Cheguei muito cedo no hospital e fui um dos primeiros a deixar o cartão, mas para minha surpresa durante a chamada o meu nome e de alguns pacientes que estavam na sala de espera não foram mencionados, e tivemos de ficar das 7h30 até perto das 13h sem sucesso. Depois disso, eu e mais alguns pacientes tomamos coragem e perguntamos a pessoa que estava a fazer as chamadas e em resposta disse que não se lembrava de ter recebido os nossos cartões e que não estavam com ela. E nesta altura alguns pacientes que estavam na mesma situação não tiveram paciência e acabaram indo para casa sem fazer a consulta. Me senti constrangida com aquela situação e senti na pele o quão é doloroso ficar muitas horas a espera pelo atendimento."



REFLEXÃO EM PLENÁRIA

1. Que barreiras ligadas aos serviços de saúde afectam a adesão e retenção nestes casos?
2. Para assegurar a retenção destes pacientes, qual deve ser o papel do conselheiro?

MÓDULO 4 PRINCÍPIOS DE COMUNICAÇÃO



OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final da secção, os participantes devem ser capazes de:

- » Perceber como se deve comunicar de forma humanizada
- » Identificar os constrangimentos no processo de comunicação interpessoal
- » Enumerar os factores que ajudam a melhorar a comunicação
- » Demonstrar habilidades de comunicação interpessoal

Este módulo aborda conteúdos sobre como devem comunicar e não sobre o que devem comunicar. Para procedimentos detalhados de aconselhamento e revelação do diagnóstico podem consultar os protocolos do MISAU.

CONCEITO E IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

O Que É Comunicar?

- » Transmitir informações, ideias, emoções e habilidades por meio de símbolos, palavras, imagens, gráficos e gestos.
- » Uma boa interação interpessoal entre o paciente e o provedor é, por definição, uma comunicação bidireccional onde os dois falam e escutam um ao outro sem serem interrompidos, os dois fazem perguntas, expressam opiniões e trocam informação e ambos conseguem compreender plenamente o que o outro está a tentar dizer.
- » As palavras expressam apenas uma parte da mensagem a ser transmitida; o tom, a atitude e os gestos transmitem o resto.
- » Fazer o contacto visual, escutar e fazer perguntas bem pensadas, e demonstrar compreensão e empatia faz com que os pacientes se sintam importantes e valorizados.

Por Que a Comunicação É Importante?

- » Estabelece um bom ambiente de relacionamento entre o conselheiro e o utente
- » Cria maior abertura para discussão de questões pessoais
- » Contribui para a mudança de comportamento do utente
- » Assegura uma maior probabilidade de adesão e retenção em tratamento antirretroviral (TARV)
- » Ajuda na tomada de decisões favoráveis para a saúde do utente e da sua família

Para Reflexão em Plenária

Quais são as habilidades essenciais na comunicação entre o conselheiro e o utente?



Regras e Habilidades para Garantir uma Comunicação Eficaz e Humanizada

- » Os trabalhadores de saúde devem usar sempre o crachá, onde aparece a sua foto, o nome e a categoria profissional para facilitar a sua identificação.
- » Todo o contacto deve começar pela apresentação e uma saudação, sempre com uma postura de respeito e atenção.
- » É importante saber se o paciente se sente confortável de conversar em português ou se prefere comunicar na língua local.

- » Os conselheiros devem sempre procurar saber o nome pelo qual o utente prefere ser tratado e, caso seja necessário, assinalar essa preferência no processo clínico para memória futura.
- » Os adultos devem ser tratados pelo nome da sua preferência, antecedido por “Senhor” ou “Dona”. Deve sempre estabelecer uma relação respeitosa e profissional. Os tratamentos carinhosos como “vovô”, “mamã”, “papá”, “tio/tia” poderão também ser usados dependendo do contexto sociocultural e pessoal do paciente.



Saber Escutar

- » Colocar-se no lugar do utente no sentido de procurar compreender os seus sentimentos e emoções
- » Escutar com atenção
- » Dar espaço ao utente para expressar as suas emoções
- » Observar o tom de voz, os gestos e expressões faciais
- » Evitar distrações, tais como atender às chamadas durante a consulta ou escrever notas em outros processos
- » Mostrar respeito pelo utente, pelas suas decisões e opiniões
- » Evitar julgamentos

Saber Perguntar

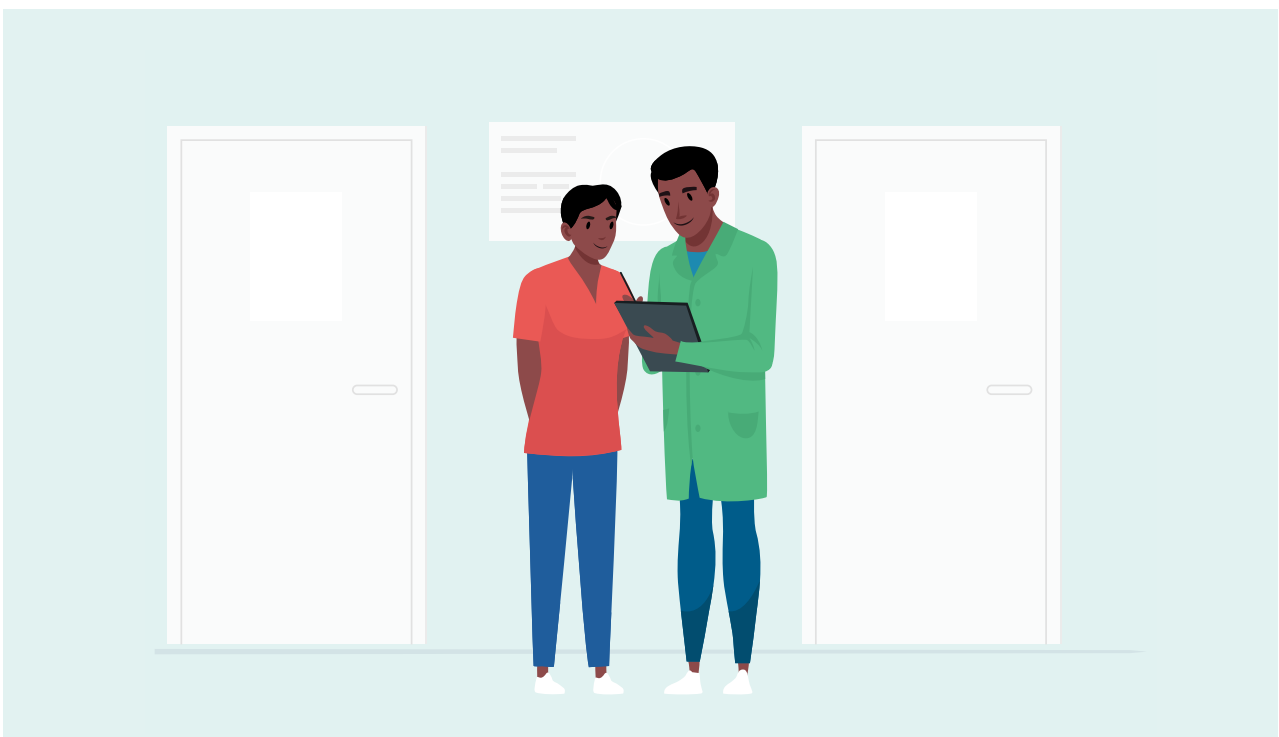
- » Usar palavras simples e comuns
- » Fazer perguntas abertas para facilitar que as pessoas se abram e expressem seus sentimentos (podemos usar termos tais como “Fale-me sobre...” ou “Como se sente quando...”)
- » Não fazer perguntas acusatórias que intimidam e criam receios
- » Sempre perguntar se a informação esta clara e se precisa de algum esclarecimento adicional

Saber Informar

- » Seleccionar os conteúdos que devem ser comunicados e ter habilidade para comunicá-los de maneira efectiva
- » Assegurar que a pessoa obtenha a informação básica que necessita saber e possa aproveitar melhor os serviços que lhe são oferecidos

Bons conselheiros:

- » Respeitam pontos de vista, crenças espirituais e atitudes diferentes. Eles não permitem que as suas próprias atitudes e crenças interfiram na forma como atendem aos seus pacientes.
- » Devem colocar-se no lugar dos seus pacientes e imaginar como eles se sentem. Isto chama-se empatia.
- » São pacientes, atenciosos e dão-se tempo para escutar quem quer expressar-se.
- » Estão preocupados em garantir que a pessoa com quem falam compreenda o que esta a ser dito e isso inclui esclarecer a informação ao explicar de formas diferentes o mesmo assunto, resumir os pontos principais, e deixar espaço para perguntas.
- » Mantêm a confidencialidade da informação de todos os pacientes e não a partilham com os membros da família ou da comunidade. Quando respeitamos a privacidade do paciente, isso ajuda a fortalecer a sua confiança.



Para Reflexão em Plenária: Como Tornar a Comunicação Humanizada?

Vejam abaixo os exemplos de comunicação telefónica entre um conselheiro leigo e uma paciente em TARV. Proponham exemplos de comunicação humanizada.

<i>Comunicação negativa</i>	"És faltoso... vais morrer."
<i>Alternativa positiva?</i>	
<i>Comunicação negativa</i>	"Devias ter chegado as 8h, mas já são 13h. Tens que voltar a manhã. Se não vieres cedo não vamos te atender."
<i>Alternativa positiva?</i>	
<i>Comunicação negativa</i>	"Há 10 dias que não vens levantar os medicamentos por causa do trabalho. Achas que o teu patrão vai salvar a tua vida?"
<i>Alternativa positiva?</i>	



Encontrem abaixo alguns exemplos de comunicação humanizada:

<i>Comunicação negativa</i>	"És faltoso... vais morrer."
<i>Alternativa positiva</i>	"É importante tomares os ARVs todos os dias e sempre na mesma hora. Estas a ter alguma dificuldade em casa para tomar? Como te podemos ajudar?"
<i>Comunicação negativa</i>	"Devias ter chegado as 8h, mas já são 13h. Tens que voltar a manhã. Se não vieres cedo não vamos te atender."
<i>Alternativa positiva</i>	"Não tem problema. Estou a terminar um relatório, mas vou te atender em 5 minutos." (A paciente deve ser atendida porque o horário normal da unidade sanitária é das 7h30 até às 15h30. Mandar embora os pacientes aumenta o risco de não voltarem.)
<i>Comunicação negativa</i>	"Há 10 dias que não vens levantar os medicamentos por causa do trabalho. Achas que o teu patrão vai salvar a tua vida?"
<i>Alternativa positiva</i>	"Estas em atraso 10 dias. Esta tudo bem? Estas cá? Se não conseguiste dispensa no trabalho tens alguém de confiança que pode vir buscar os teus medicamentos?"

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS NA COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Comunicação Humanizada com Crianças e Adolescentes

É importante lembrar que as crianças e adolescentes são únicos e tem necessidades próprias. Não devemos confundi-los com pequenos adultos.

As crianças e adolescentes têm necessidades físicas e psicológicas diferentes. Por isso é importante que o conselheiro perceba e ajuste as perguntas e respostas.

Na comunicação com crianças e adolescentes devemos:

- » Usar linguagem apropriada para a idade
- » Comunicar através de jogos, música, desenhos que não exigem sempre linguagem verbal
- » Falar com eles e não sobre eles

- » Adotar uma postura de acolhimento, valorizando o que a pessoa sabe, pensa e sente
- » Perceber as necessidades da pessoa em atendimento considerando a singularidade de cada um

Apoio ao adolescente

- » Pesquisar o que o adolescente sabe sobre o motivo que o leva a unidade sanitária
- » Saber o que é dito ao adolescente pela família
- » Avaliar a capacidade de compreensão do adolescente sobre o que lhe é comunicado nas consultas
- » Considerar as condições emocionais do adolescente
- » Esclarecer de forma sincera e acolhedora às dúvidas relacionadas ao HIV/SIDA
- » Não falar como se estivesse a julgar
- » Estimular uma relação de confiança entre o adolescente e a equipe
- » Garantir o sigilo e a confidencialidade do diagnóstico

Apoio à família

- » Estimular uma relação de confiança entre a família e a equipe
- » Conhecer a história familiar em relação à infecção pelo HIV
- » Saber quais são os sentimentos da família em relação ao diagnóstico do adolescente



- » Avaliar o conhecimento e crenças da família sobre HIV/SIDA
- » Abordar o relacionamento entre a família e o adolescente
- » Oferecer ajuda psicológica e psiquiátrica quando necessário
- » Esclarecer questões quanto ao tratamento
- » Garantir o sigilo e a confidencialidade do diagnóstico
- » A revelação diagnóstica não é um evento individual mas sim um processo que envolve discussões graduais e contínuas sobre a doença, à medida que a criança ou adolescente vai amadurecendo cognitivamente, social, emocional e sexualmente.
- » O apoio da equipe de saúde é de suma importância, pois o vínculo do adolescente com os trabalhadores de saúde contribuirá para que o jovem compreenda sua condição, fortalecendo-se face à nova realidade.
- » É importante que a equipe identifique com o adolescente outras pessoas com quem tem vínculos (familiares, parceiros, amigos etc.) para que participem deste processo.
- » O conselheiro deve garantir o tempo necessário para que o jovem, e somente ele, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte emocional necessário nesse processo.

ORIENTAÇÕES NA COMUNICAÇÃO COM POPULAÇÕES CHAVE

Quem Faz Parte das Populações Chave?

Trabalhadores de sexo Mulheres e/ou homens que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, seja ocasionalmente ou regularmente.

Homens que fazem sexo com homens São definidos como homens que fazem sexo com outros homens, independentemente de terem relações sexuais com mulheres ou ter uma identidade pessoal ou social associada a esse comportamento, como aqueles que se enquadram nas categorias 'gay' ou 'bissexual'.

Pessoas transgênero Pessoas que têm uma identidade de gênero diferente do sexo que lhe foi atribuído no nascimento.

Pessoas que injectam drogas Pessoas que injectam psicotrópicos por razões não terapêuticas, por qualquer via de injeção.



Reclusos Todos os detidos e ou presos em estabelecimentos penitenciários, durante o período de investigação do crime, enquanto aguardam julgamento ou depois de condenados.

Populações Chave e HIV

- » A nível global, as populações chave são particularmente vulneráveis e desproporcionalmente afectadas por HIV. Em 2020, as populações chave e os seus parceiros sexuais representavam 65% das novas infecções por HIV a nível global (UNAIDS).
- » Os membros das populações chave muitas vezes enfrentam mais barreiras que outras populações para terem acesso aos serviços de saúde por causa da marginalização e factores estruturais tais como o estigma, a discriminação, a violência, as violações dos direitos humanos e a criminalização.
- » Os membros das populações chave muitas vezes estão em movimento (mudança de local de residência, trabalho, etc.) e são difíceis de alcançar por causa dos factores acima mencionados.
- » As populações chave têm taxas mais altas de depressão, ansiedade, abuso de substâncias e suicídio em resultado de estresse crónico, isolamento social, violência e fraca disponibilidade de apoio social e serviços de saúde (UNAIDS).



Populações Chave e o Direito aos Serviços de Saúde

- » Qualquer pessoa que entra nas nossas unidades sanitárias pode ser membro de um grupo de populações chave. O tratamento dado a essa pessoa deve ser da mesma qualidade que o tratamento dispensado a qualquer membro da sociedade e deve, também, atender às necessidades específicas dos grupos de populações chave. Este é o direito de cada membro das populações chave e é responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde.
- » Quando os trabalhadores de saúde estigmatizam e discriminam os membros de populações chave, assim como quando há violações de confidencialidade, isso impede os utentes de revelarem os seus comportamentos de alto risco, afecta negativamente a qualidade dos serviços e muitas vezes compromete o acesso aos serviços de saúde.
- » Embora alguns dos comportamentos dos grupos de populações chave possam

desafiar os valores e crenças dos trabalhadores de saúde, é importante lembrar que o direito de acesso aos cuidados médicos das populações chave é protegido pela Constituição Moçambicana.

- » Visto que as populações chave muitas vezes são alvo de exploração, marginalização, criminalização, estigma e discriminação, é importante garantir que as populações chave conheçam os seus direitos incluindo as leis protectoras aplicáveis, e onde e como podem obter assistência jurídica e denunciar violações.
- » Quando se garante que os membros das populações chave conheçam os seus direitos como indivíduos, especificamente o seu direito à saúde, isso pode aumentar o seu acesso aos serviços de saúde.

Comunicação com as Populações Chave

A comunicação:

- » deve ser sensível a diferenças relacionadas a cultura, género, orientação sexual, idade, linguagem e vulnerabilidades associadas com vários estatutos estigmatizados
- » deve ser ajustado as necessidades de cada utente/paciente
- » pode ser necessário para os membros das populações chave que são seronegativos e os que são seropositivos
- » pode ter a forma de sessões individuais, com casais, famílias ou grupos

É crucial que os trabalhadores de saúde saibam para onde encaminhar correctamente os utentes que precisam de apoio psicossocial.

Uma nota sobre pessoas transgêneros:

- » Os indivíduos trans podem identificar-se como transgéneros, femininos, masculinos, mulheres trans ou homens trans e podem expressar o seu género numa variedade de formas masculinas, femininas e/ou andrógenas (tanto feminino como masculino).
- » Ao falar com pessoas transgêneros é importante usar o nome e pronomes preferidos do/a paciente ao falar sobre ele/a. Por exemplo, a maioria das mulheres trans quer que diga “ela” ou “dela” quando fala sobre elas. Os homens trans geralmente preferem “ele” ou “dele”.



Como os Conselheiros Podem Reduzir o Estigma e a Discriminação com as Populações Chave?

- » Trate todos os membros das populações chave com respeito total
- » Seja cuidadoso para evitar usar uma linguagem estigmatizante
- » Lidere com o seu exemplo ou desafie atitudes estigmatizantes
- » Desafie outros conselheiros ou trabalhadores de saúde que mostram atitudes estigmatizantes por prover-lhes informação correcta e lembrar-lhes sobre a sua responsabilidade ética
- » Inclua os membros das populações chave nas capacitações



DESAFIOS COMUNS NA COMUNICAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA ULTRAPASSAR

Reflexão em Plenária

Quais são os factores psicossociais que afectam a adesão e retenção das PVHIV?

Exemplos de Factores Comuns Psicossociais

Factores Ligados ao Utente

- » **Choque/recusa de aceitar o estado serológico**
- » **Medo** (medo da doença e da morte, medo do que vai acontecer consigo ou com os seus filhos, medo de ser vítima de violência doméstica)

- » **Vergonha ou culpa** por ter HIV, por ser visto como alguém que tem muitos parceiros ou usa drogas intravenosas
- » **Depressão** (pessimismo, tristeza, ansiedade e outros sinais devem ser avaliados e relacionados com outros factores antes de concluir que se trata de depressão)
- » **Receio de ser discriminado ou isolado** ao nível da família, da comunidade e/ou no emprego
- » **Risco de ser vítima de violência doméstica** (inclui violência psicológica, física, social e patrimonial/económica)
- » **Longas distâncias entre a unidade sanitária e a residência** associado a escassez de meios de transporte públicos
- » **Falta de condições económicas** necessárias para alimentação, deslocação, etc.

Para Reflexão em Plenária

No âmbito do aconselhamento, quais são as barreiras comuns na comunicação face a face e/ou por telefone?

Desafios Comuns na Comunicação

1. O paciente não fala

- » Se o paciente não fala no início do encontro, arranje uma maneira gentil de chamar atenção ao silêncio. Poderá dizer algo assim: “Vejo que está difícil falar. Muitas vezes é isso que acontece com pacientes novos. Posso perguntar-lhe se está um pouco ansioso?” Olhe para o paciente e use uma linguagem corporal que mostre empatia e interesse. Dê tempo ao paciente para responder.
- » Durante a conversa, o silêncio pode não fazer mal. Às vezes o paciente está a pensar ou a decidir como expressar os seus sentimentos ou pensamentos. Dê tempo para o paciente pensar.

2. O paciente chora

- » O paciente pode chorar por diferentes motivos: para expressar tristeza, para ganhar simpatia, por causa do estresse ou nervosismo, ou para evitar continuar a falar do assunto. Não tire conclusões sobre o motivo que leva o paciente a chorar.
- » Espere um pouco, e, se o paciente continuar a chorar, diga que não há nenhum problema em chorar. É uma reacção natural. Isso dá a oportunidade ao paciente para dizer o que o motiva a chorar. Não é errado perguntar de bons modos porque a pessoa está a chorar.

3. O paciente reage de forma agitada ou agressiva

- » O paciente pode ficar agitado, nervoso e até agressivo. É normal este tipo de reacção devido ao sentimento de medo, revolta, injustiça, ansiedade, etc. Não julgue o paciente, e evite de forma repetida dizer “acalme-se”, “não se agite”, “porquê esta a agir assim”.
- » Dê um espaço ao paciente, espere um pouco e diga que não há nenhum problema em reagir desta forma, é normal. Diga que está ali para o apoiar. Pergunte se quer um copo de água, se quer apanhar um pouco de ar, etc. É importante assegurar que o paciente esteja calmo antes de sair do consultório.

4. O conselheiro não vê nenhuma solução para o problema do paciente

- » Os conselheiros podem sentir-se ansiosos se não tiverem certeza do que aconselhar. Não têm a obrigação de resolver todos os problemas para os pacientes. Mostre que compreende a situação do paciente. Por vezes isto é tudo o que o paciente realmente precisa. Também, sugira outras pessoas que possam ajudar.

5. O conselheiro não sabe responder a pergunta do paciente

- » Diga honesta e francamente que não sabe responder à pergunta, mas que juntos podem procurar até achá-la. Consulte o seu supervisor, um colega abalizado nestas matérias, ou materiais de referência, e dê a resposta certa ao paciente.

6. O conselheiro comete um erro

- » Corrija o erro e peça desculpas. É importante ser exacto. Não é importante parecer perfeito. Admitir um erro mostra respeito pelo paciente.
- » Seja honesto. Quanto mais for honesto a expressar os seus sentimentos quando apropriado (sem revelar a sua vida pessoal), mais fácil será para o paciente fazer o mesmo.

7. O conselheiro e o paciente já se conhecem

- » Enfatize a confidencialidade e assegure a privacidade.
- » Se o paciente o desejar, providencie um outro conselheiro.

8. O paciente faz uma pergunta pessoal

- » Em geral, tente não falar sobre si mesmo. Isso desvia a atenção que devia ser direccionada ao paciente.
- » Não tem nenhuma obrigação de responder a perguntas pessoais. A relação entre o paciente e o conselheiro é profissional, não social.

- » Pode ser de ajuda falar sobre a sua própria experiência se desejar. Ou pode descrever o que aconteceu com uma outra pessoa, sem citar o nome nem identificar a pessoa como um paciente.
- » Por vezes o paciente pergunta se o conselheiro tem o mesmo problema. É melhor não dizer sim ou não. Em vez disso, pode dizer algo assim: “Estou familiarizado com esse tipo de situação. Por favor, fale-me mais sobre isso.”

9. O utente quer que o conselheiro tome a decisão

- » Pode ser que, na verdade, este paciente esteja a pedir ajuda. Você pode fazer perguntas como: “Parece que está a ser difícil tomar uma decisão. Pode ser que ainda não esteja pronto, não é? Gostaria de conversar um pouco mais sobre este assunto? Precisa de mais informação? Precisa de mais tempo para pensar? Gostaria de falar sobre este assunto com mais alguém – talvez seu marido ou seus pais?”
- » Poderá dizer: “Posso responder às suas perguntas e ajudá-lo a pensar sobre as suas escolhas, mas você é quem conhece melhor a sua vida. As melhores decisões serão aquelas que são tomadas por você mesmo.”

TRABALHO PRÁTICO

Orientações Sobre o Trabalho Prático

Para este exercício temos três simulações que capturam o estado emocional do paciente. É importante explicar aos participantes que vão fazer as simulações a fim de praticar boas habilidades de comunicação, enquanto também dão apoio psicológico e emocional ao paciente. Seguem-se algumas dicas para orientar o exercício:

1. Os participantes devem se organizar em grupos de três pessoas, onde uma pessoa é o paciente, a outra é o conselheiro, e a terceira pessoa o observador que toma notas sobre o que está a correr bem e o que poderia correr melhor. Cada grupo vai fazer simulação de um dos estudos de caso.
2. Dê aos grupos 15 minutos para fazer a simulação, com um aviso quando faltar dois minutos para o tempo acabar.
3. Em plenária vai se solicitar voluntários para simularem os três cenários.
4. Depois de cada simulação, deve-se analisar em plenária o que correu bem e o que poderia ser melhorado.

Simulação #1

Situação do paciente:

Você foi recentemente diagnosticado com HIV e sente-se muito em baixo. Aceitou o facto de que tem HIV, mas tem medo - medo de que o seu marido não queira mais viver consigo, tem medo de as pessoas andarem a falar sobre si, tem medo de rejeição por amigos e vizinhos, tem medo do futuro dos seus filhos e tem medo de adoecer e morrer.



Simulação #2

Situação do paciente:

Você sempre se sente muito mal e passa todo o tempo a chorar. Já tem um ano a viver com HIV, e o seu marido morreu de SIDA há 6 meses. As pessoas da comunidade atiram a culpa em você pela morte do seu marido embora você tenha sido uma parceira fiel. Está a enfrentar grandes dificuldades para alimentar os seus filhos, dar-lhes roupa e mandá-los para a escola. De vez em quando pensa que não vale a pena viver e que seria melhor você morrer para as pessoas ficarem bem.



Simulação #3

Situação do paciente:

Você não consegue acreditar que tem HIV. Acabou de receber os resultados do teste de sangue e não conseguiu nem escutar o que o conselheiro do centro da saúde estava a dizer. Mas você sente-se saudável, até porque a sua aparência é de uma pessoa saudável. Então acha que os resultados devem estar errados. Você ganha dinheiro para sustentar a família e tem um papel de liderança na comunidade como director da escola primária. Simplesmente não pode ser verdade que tem HIV.



MÓDULO 5

RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS NAS ACTIVIDADES DOS CONSELHEIROS LEIGOS



OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final da secção, os participantes devem ser capazes de:

- » Garantir a confidencialidade e a privacidade tanto na unidade sanitária como nas chamadas e visitas domiciliares
- » Assegurar apoio psicossocial humanizado aos pacientes na comunidade
- » Entender o significado e a importância do consentimento informado
- » Liderar o processo de consentimento informado, respeitando o direito a informação e a liberdade de decisão

ACONSELHAMENTO HUMANIZADO

As PVHIV que recebem o apoio psicossocial e prevenção positiva estão menos vulneráveis a sofrer doenças psicológicas e conseguem enfrentar melhor os desafios ligados ao HIV.

Em colaboração com a equipa da unidade sanitária, o conselheiro leigo pode:

- » seguir os pacientes na unidade sanitária e na comunidade de forma individual
- » conduzir grupos de apoio e actividades para que o utente sinta-se apoiado e integrado

Este apoio deve ser dado com respeito pelos direitos humanos como previsto nas várias leis e políticas do país.

Aconselhamento humanizado é:

- » Estabelecer uma relação de apoio focada nas necessidades do paciente
- » Tratar cada paciente com dignidade, respeito e cortesia
- » Apoiar o paciente a falar sobre a sua história de vida e experiências



- » Respeitar a confidencialidade e privacidade
- » Escutar activamente
- » Evitar o julgamento
- » Dar informação correcta e apropriada
- » Ser paciente no esclarecimento das duvidas
- » Assegurar o consentimento informado verdadeiro
- » Ajudar o paciente a conhecer as suas habilidades e capacidades
- » Encorajar o paciente a desenvolver uma atitude positiva diante dos desafios de viver com HIV

Aconselhamento humanizado não é:

- » Discriminar
- » Julgar ou culpar o paciente
- » Dizer o que o paciente deve fazer
- » Tomar decisões pelo paciente
- » Fazer promessas que não poderá cumprir
- » Impor a sua opinião ao paciente

Modalidades de Oferta de APSS às PVHIV

Presencial	À distância
<p>Na unidade sanitária</p> <p>Integrado nas consultas clínicas, paragens únicas ou num gabinete específico.</p>	<p>Chamadas telefónicas</p> <p>Nas unidades sanitárias com telefone será feito o reforço de adesão e convite ao paciente para a unidade sanitária caso seja necessário.</p>
<p>Na comunidade</p> <p>Durante as visitas para o seguimento preventivo ou reintegração dos pacientes.</p>	<p>Envio de mensagens</p> <p>Envio de mensagens lembrete para consultas, levantamento de ARVs ou reforço de adesão do paciente.</p>

Fonte: Directriz Nacional de Apoio Psicossocial nos Cuidados e Tratamento do HIV. MISAU Moçambique 2021

ORIENTAÇÕES SOBRE A CONFIDENCIALIDADE E A PRIVACIDADE

Direito do Paciente a Confidencialidade e Privacidade

- » A confidencialidade significa uma comunicação sigilosa, ou seja que as informações sobre a saúde do paciente devem ser guardadas em segredo e não devem ser reveladas as pessoas não autorizadas.
- » É da responsabilidade dos profissionais de saúde, conselheiros leigos e outros actores comunitários proteger a informação do paciente e certificar-se de que apenas os directamente envolvidos no atendimento ao paciente ou actividades de saúde pública é que têm acesso à informação do paciente.
- » A confidencialidade e a privacidade são essenciais tanto para os encontros entre os pacientes e os provedores de saúde/conselheiros como para a recolha, gestão e partilha de dados e informação dos pacientes.

Podemos considerar **duas formas de falta de privacidade** nos serviços de saúde:

- » falta de privacidade associada ao **comportamento** dos trabalhadores de saúde (por exemplo pacientes questionados ou observados na presença de outros, consultas ou testes feitos com as portas abertas)
- » falta de privacidade associada as **infraestruturas** (por exemplo vários serviços funcionando no mesmo espaço, vários pacientes atendidos ao mesmo tempo nas salas de consulta ou de testagem, janela de farmácia sem cabines/separadores)

Consequências da Falta de Confidencialidade e Privacidade

Consequências para os pacientes

- » Se a informação do paciente for revelada a pessoas não autorizadas sem a permissão do paciente, o mesmo pode ser estigmatizado ou sofrer a rejeição da família, amigos e outros.
- » Afecta a confiança nos trabalhadores de saúde, desencorajando o uso dos serviços de saúde e a retenção em tratamento antirretroviral (TARV).
- » Um estudo em Moçambique mostrou que 42% dos membros da comunidade citaram a falta de privacidade, violações de confidencialidade e mau tratamento por parte dos trabalhadores de saúde e actores comunitários como os principais motivos pelos quais os pacientes pararam de tomar seus medicamentos.*

*Groh, K., Audet, C. M., Baptista, A., Sidat, M., Vergara, A., Vermund, S. H., & Moon, T. D. (2011). Barriers to antiretroviral therapy adherence in rural Mozambique. BMC public health, 11(1), 1-8.

Consequências para os trabalhadores de saúde e actores comunitários

- » O direito a confidencialidade e a privacidade esta protegido no *Código de Ética e Deontologia Profissional*, no *Código Penal*, na *Lei de Protecção das Pessoas Vivendo com HIV* e na *Carta dos Direitos e Deveres do Utente* (vejam Módulo 1).
- » O trabalhador de saúde e o actor comunitário que violarem esses direitos podem ter que responder disciplinarmente (ser despromovido, ser descontado o salário, ser suspenso, ser despedido, etc.); podem responder criminalmente (ser preso, ter que pagar uma multa, etc.) ou ter que pagar indemnização pelos danos que causarem.

Direito à Privacidade

Código Penal, artigo 252

É punido com pena de prisão até 1 ano e multa correspondente quem sem consentimento e com intenção de expor a vida privada das pessoas, designadamente a intimidade da vida familiar ou sexual, divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa.

Como Garantir a Confidencialidade e a Privacidade na Unidade Sanitária

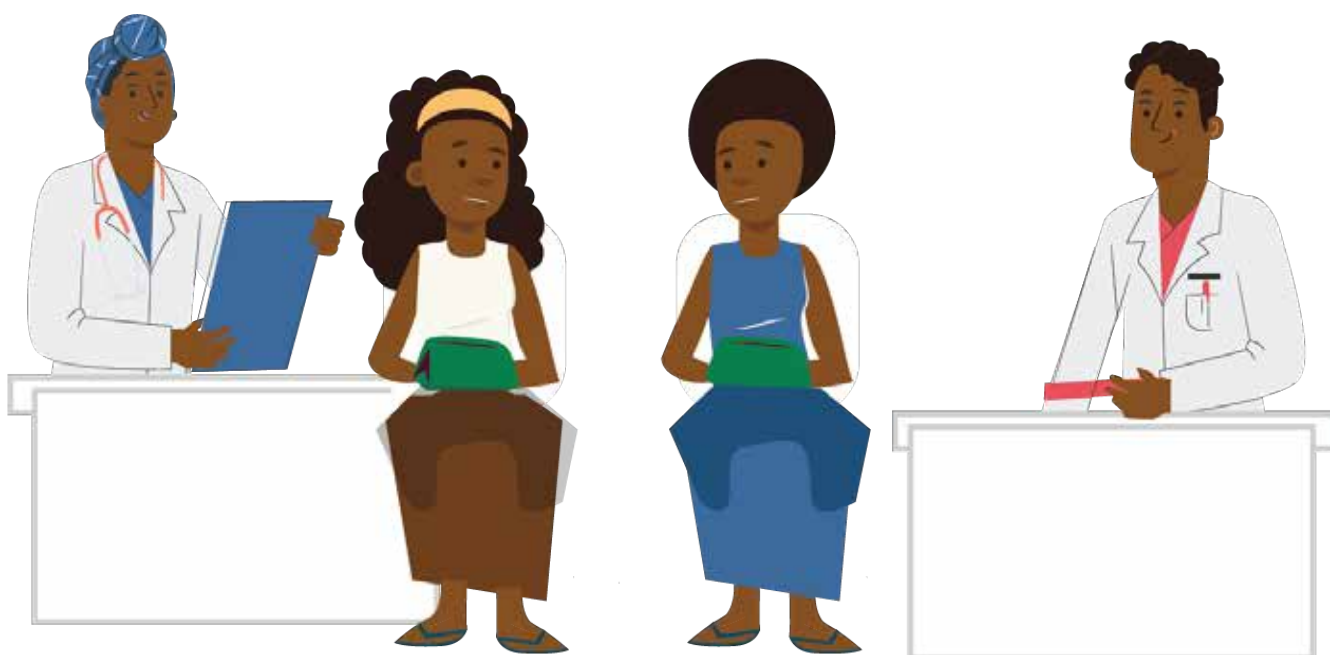
Os trabalhadores de saúde e actores comunitários devem fazer o máximo para evitar actos ou situações que violam a confidencialidade e a privacidade, como por exemplo:

- » atendimento dos pacientes com a porta ou cortina aberta
- » permanência de pessoas não essenciais a consulta na sala de atendimento, incluindo trabalhadores de saúde, activistas, etc.
- » atendimento de vários pacientes ao mesmo tempo na mesma sala
- » entrada e saída de pessoas que não tem nada a ver com a consulta
- » aconselhamento pós-testagem em grupo
- » conversa com colegas sobre a saúde de um paciente na presença de outros

Em situações de falta de privacidade causada por infraestruturas inadequadas que fazem com que vários serviços funcionem no mesmo espaço, os trabalhadores de saúde devem reportar a liderança da unidade sanitária e ajudar na procura de soluções de acordo com as condições existentes.

Como Garantir a Segurança dos Dados Escritos ou Informatizados

- » O respeito pela confidencialidade e privacidade aplica-se também aos dados ou informações escritas sobre a saúde do paciente que incluem pedidos/resultados dos exames, ficha mestra, listas para as buscas/chamadas, etc.
- » Se um funcionário da unidade sanitária, parceiro clínico ou actor comunitário solicitar a informação do paciente, confirme se tem autoridade para tal antes de revelar qualquer coisa.
- » Guarde os registos que contêm os nomes do paciente e outra informação de identificação em arquivos fechados, num lugar trancado. Nunca deixe exemplares físicos de formulários ou registos onde pessoas não autorizadas possam ter acesso.
- » As cópias impressas que já não são necessárias devem ser destruídas por queima ou trituração após o período estipulado de conservação.
- » Nenhum papel deve ser exposto quando os trabalhadores estiverem longe da área de trabalho, mesmo por períodos curtos. O acesso a todos os formulários e arquivos que contêm a informação do paciente deve ser restrito ao pessoal do programa designado que está directamente envolvido no seguimento dos pacientes e que tem necessidade dessa informação.
- » Guarde os computadores numa área trancada ou restrita. Restrinja o acesso a bases de dados electrónicas e nunca forneça as senhas de acesso as pessoas não autorizadas.



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AS CHAMADAS E VISITAS

O Que Significa Consentimento Informado?

Consentimento informado é o processo no qual um profissional de saúde educa um paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção. O consentimento informado é uma obrigação ética e legal.

Consentimento informado significa que informações suficientes são fornecidas ao paciente para tomar uma decisão informada e que o paciente realmente entende as informações e as implicações de agir de acordo com essas informações.

O consentimento informado refere-se ao direito de uma pessoa à dignidade humana e autonomia.

MUITO IMPORTANTE

- » O consentimento não é uma assinatura num formulário, mas sim um processo de comunicação.
- » Os pacientes podem se recusar a consentir ao tratamento ou serviço. Dar o consentimento é opcional; não é obrigatório.
- » Para ser válido, o consentimento deve ser obtido de uma pessoa competente e informada, livre de coerção.

Consentimento Informado Para as Visitas e Chamadas

As unidades sanitárias devem identificar e listar semanalmente os pacientes para as buscas preventivas/de reintegração para os pacientes que interromperam o TARV.

Antes de iniciar as chamadas ou visitas domiciliares sempre deve ser acutelado:

Elegibilidade - verificar se o paciente realmente necessita de uma visita preventiva ou de reintegração

Consentimento - verificar na ficha mestra do paciente a assinatura do termo de consentimento para SMSs (mensagem), chamadas e/ou visitas

O paciente pode mudar de ideia depois de assinar o consentimento para receber as visitas?

Sim, pode mudar de ideia a qualquer momento.

Deve apenas informar o provedor de saúde ou conselheiro sobre os seus desejos.

Como Obter o Consentimento Informado?

- » Na ficha mestra *o termo de consentimento* para as chamadas e buscas de reintegração/preventivas é feito através de um questionário verbal.

14	TERMOS de CONSENTIMENTO			Assinaturas	Data
	O paciente/cuidador concorda em ser contactado, se necessário	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Contacto <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Domiciliar		__/__/__
	O confidente concorda em ser contactado, se necessário	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Contacto <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Domiciliar		__/__/__

- » Tratando-se de um menor, o cuidador deve dar o seu consentimento por escrito através de um formulário adaptado para o efeito.
- » Também existe um formulário para a recolha do consentimento em caso de rastreio dos familiares e parceiros sexuais.

Requisitos Para Assegurar o Consentimento Informado

Para garantir que o consentimento seja informado, antes de seleccionar “sim” ou “não” no item 14 da ficha mestra o conselheiro deve cumprir com todos os requisitos abaixo:

- » Informar que existem serviços de chamadas telefónicas e visitas domiciliarias para questões ligadas a saúde dos pacientes.
- » Clarificar que o objectivo das chamadas e visitas é para apoiar os pacientes e que pode incluir, por exemplo:
 - lembrar das consultas e do levantamento de ARVs
 - dar força aos pacientes ao longo do tratamento (visitas preventivas)
 - apoiar os pacientes que interrompem tratamento antirretroviral e aqueles que tem carga viral alta (visitas de integração)
- » Explicar ao paciente quem poderá fazer a chamada ou visita (provedor de saúde, conselheiro leigo, educador de par, mãe mentora, ou outro actor comunitário).



- » Dizer que as visitas serão previamente marcadas e que só será feita visita domiciliária sem marcação prévia caso não consiga contactar por telefone o paciente.
- » Explicar que pode optar por uma ou mais modalidades de contacto, ou seja, SMS, chamada ou visita. O utente também pode optar por seleccionar todas as opções de contacto e pode mudar de ideias depois.
- » Informar que nas chamadas e nas visitas o conselheiro/outro actor comunitário:
 - não vai se apresentar como pessoa que está ligada a assuntos da unidade sanitária ou de saúde - não vai usar crachá, camiseta, boné, carro da instituição, ou algo que o identifica
 - antes de abordar o assunto vai de forma discreta confirmar se a pessoa com quem está a falar é realmente a que consta da lista dos pacientes
 - caso seja atendido por uma pessoa que não é o paciente vai-se desculpar, dizer que foi engano e interromper educadamente a chamada/visita. Não vai mencionar o porquê da visita/ chamada a outra pessoa que não seja o próprio paciente (nem ao secretário do bairro, nem a família)
 - vai proteger a privacidade e confidencialidade do paciente, não partilhando informação confidencial do paciente com outras pessoas verbalmente ou por mensagem
- » Perguntar ao paciente ou cuidador se percebeu o que foi explicado e se tem dúvidas.
- » Esclarecer ao paciente que pode recusar a consentir, que o consentimento é opcional, não é obrigatório.
- » Explicar que também pode dar o consentimento e depois desistir a qualquer momento. Precisa apenas informar um provedor de saúde do APSS.

Consta nos anexos do manual uma versão resumida desses requisitos em 1 página que pode ser impressa para uso pelos provedores nas unidades sanitárias.

PROTECÇÃO DA CONFIDENCIALIDADE E DIGNIDADE NAS CHAMADAS E VISITAS

Partilha das Listas dos Pacientes em TARV

Seguem-se algumas orientações para assegurar a dignidade e privacidade dos pacientes:

1. O acesso às listas dos pacientes deve ser limitado a um número mínimo de pessoas. É melhor ter um número reduzido de pessoas envolvidas nas chamadas, buscas e/ou lembretes a tempo inteiro do que ter muitas pessoas envolvidas por algumas horas a cada semana.
2. A unidade sanitária deve ter um livro de protocolo que regista o nome, contacto, data e instituição da pessoa (funcionário da unidade sanitária, colaborador do parceiro clínico, actor comunitário) que acedeu à lista.
3. Cada unidade sanitária deve ter uma lista actualizada das pessoas autorizadas a aceder às listas dos pacientes.
4. Todos que têm acesso às listas dos pacientes devem assinar o termo de confidencialidade que*:
 - obriga manter sigilo, tanto escrito como verbal
 - proíba a partilha da informação da lista com terceiros verbalmente e/ou por SMS, WhatsApp, email, etc.
 - orienta a pessoa na posse das listas dos pacientes a guardá-las em arquivos fechados, num lugar trancado



* Veja o modelo do termo de confidencialidade que consta nos anexos do manual de formação.

5. Todos os conselheiros, outros funcionários da unidade sanitária, colaboradores do parceiro clínico, e actores comunitários que têm acesso às listas de pacientes devem ser capacitados de forma contínua no pacote de humanização e direitos humanos.

Protecção da Confidencialidade e Dignidade nas Visitas Domiciliares

É importante sempre marcar previamente as visitas e respeitar o horário.

Quando efectuarem visitas de campo, os actores comunitários podem precisar de fazer perguntas aos vizinhos ou aos familiares sobre o paciente (por exemplo a moradia, o local de trabalho, etc.). Isto deve ser feito com discrição e respeito pela privacidade e confidencialidade.

Orientações Para as Visitas Domiciliares

1. Respeitar a hora combinada
2. Não andar com camisetes ou bonés que têm sinais do HIV
3. Não andar com crachá do hospital
4. Não levar o carro da instituição
5. Não andar com muitos papeis
6. Não dizer os porquês da visita a ninguém - apenas ao próprio paciente (nem ao secretário do bairro, nem a família)
7. Conversar com o paciente em um lugar privado
8. Ser discreto

Protecção da Confidencialidade nas Chamadas e Visitas Domiciliares Caso Não Se Encontre o Paciente ou Outra Pessoa Atenda o Telefone

Há medidas importantes que podem ser tomadas para proteger a confidencialidade do paciente caso não esteja em casa ou outra pessoa atenda o telefone, nomeadamente:

- » Não deixe informação confidencial para o paciente na porta
- » Não envie informação confidencial por email ou SMS
- » Não partilhe informação confidencial com familiar, vizinho ou amigo
- » Não revele o objectivo da visita/da chamada ou a condição do paciente quando estiver a recolher informação sobre o seu paradeiro

TRABALHO PRÁTICO

Orientações Sobre o Trabalho Prático

Seguem se algumas dicas para orientar o exercício:

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Cada grupo deve simular os dois cenários indicados. Os membros do grupo devem selecionar dois participantes para fazer cada simulação.
2. Dê aos grupos 30 minutos para preparar as simulações e interagir entre si (15 minutos cada cenário).
3. Peça que um grupo demonstra a primeira simulação em plenária. Depois da simulação, os participantes em plenária devem partilhar o que correu bem e o que poderia ser melhorado.
4. Peça que voluntários de um outro grupo façam a segunda simulação, e de seguida dê espaço para se fazer a mesma análise em plenária.

Simulação #1

Consentimento Informado

Joana tem andado muito deprimida desde que descobriu que tem HIV. Partilhou com conselheiro que o seu marido acabou por abandoná-la com 4 filhos e ela nem tem dinheiro para comprar comida ou para pagar mensalidade da escola dos filhos. Esta agora na sala do APSS conversando com conselheiro.

Identifiquem dois participantes para simular os papéis abaixo tendo como base o cenário acima:

Papel do conselheiro Pedir consentimento informado a Joana para visitas e/ou chamadas

Papel da paciente (Joana) Mostrar receio da visita, fazer várias questões para entender melhor como estas visitas acontecem, ter receio de assinar documentos, etc.



Simulação #2

Visita Domiciliaria

Hoje é o dia em que o conselheiro tem marcado para fazer buscas na Matola, no quarteirão "C". No endereço não está muito claro o número da casa. O conselheiro está muito preocupado em localizar a paciente que não vai levantar os ARVs há bastante tempo. O conselheiro tenta localizar a paciente através de contacto com o secretário do bairro.

Identifiquem dois participantes para simular os papéis abaixo tendo como base o cenário acima:

Papel do conselheiro Tentar localizar a paciente através de contacto com vizinhos e ou secretário do bairro

Papel do secretário do bairro Tentar fazer várias questões ao conselheiro para que ele explique porque procura a vizinha, quem ele é, etc.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

Depois de cada simulação os participantes devem partilhar:

1. O que correu bem em termos do papel do conselheiro?
2. O que não correu bem e poderia ter feito melhor?
3. Que dúvidas tem sobre como resolver uma situação parecida?

GUIÃO DE CORRECÇÃO DOS TRABALHOS PRÁTICOS

Abaixo seguem-se tópicos para guiar a resolução dos trabalhos práticos.

O trabalho prático poderá ser ajustado em função do tipo de exercício e número de participantes. Para capacitações com poucos participantes podemos fazer trabalhos individuais ou trabalhos dois a dois, e para capacitações maiores os trabalhos poderão ser realizados em grupos de 4 a 6.

Recomenda-se sempre que não sejam grupos grandes para permitir uma maior interação e participação. Estas são apenas dicas; não existe uma fórmula específica. Mesmo em relação ao tempo alocado aos exercícios vai variar em função do tempo da capacitação, do número de participantes/grupos, etc.

O objectivo é que sejam exercícios interactivos que abram espaço para os participantes aplicarem na prática os conteúdos da capacitação e que criem oportunidades para partilha de experiências.

MÓDULO 1 OS DIREITOS E DEVERES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV

ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO PRÁTICO

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Distribua uma copia do caso por cada grupo ou mantenha o caso projectado com as respectivas questões. Uma parte dos grupos pode trabalhar com caso da Fátima e outra com caso da Rosa.
2. Os participantes devem ler o estudo de caso individualmente ou uma pessoa pode lê-lo em voz alta para o resto do grupo.
3. Cada grupo deve trabalhar em conjunto para responder às perguntas relacionadas com o estudo de caso particular e registar tudo em papel (15-20 minutos).
4. Cada grupo terá a oportunidade de apresentar em plenária as suas respostas e dar espaço a questões e comentários.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Que violações identifica nestes casos?
2. Quais são os direitos que a *Carta e/ou a Lei de Protecção das PVHIV* estabelece para essas situações?
3. Que consequências este tipo de casos pode ter na vida e na saúde dos pacientes?
4. O que os conselheiros poderiam ter feito melhor para apoiar as pacientes?

ESTUDO DE CASO: TESTEMUNHO DA FÁTIMA

Eu estava grávida e dei parto em casa em Março do ano passado. O meu bebe acabou nascendo muito pequeno. Uma vizinha me recomendou ir a unidade sanitária para fazer consulta.

Cheguei as 7h no centro de saúde, mas não havia ninguém no sector. Quando a conselheira chegou era quase 11h. Me perguntou zangada por que eu dei parto em casa, e me disse aos berros em frente da toda gente que o bebe nasceu assim por minha culpa por que não fiz o teste de HIV.

O teste deu positivo. Fiquei muito triste...

Depois a conselheira disse me que para seguir com tratamento tinha que pagar 300 meticais para a consulta como o bebe não tinha registo de nascimento.



CORRECÇÃO DO CASO: TESTEMUNHO DA FÁTIMA

1. Violações identificadas no caso:

- Atraso no início de atendimento - a conselheira chegou a US eram quase 11h.
- Violação da privacidade e confidencialidade - a utente foi atendida e questionada sobre aspectos bastantes íntimos na presença de outras pessoas.
- Atendimento desrespeitoso - a conselheira não se dirigiu a utente com cordialidade e empatia.
- Falta do pré-aconselhamento - a conselheira procedeu a testagem sem o pré-aconselhamento.

- Cobrança ilícita - a utente foi obrigada a pagar valores monetários para iniciar o TARV, que é gratuito.
- Estigmatização - a conselheira afirmou que o bebé nasceu pequeno pelo facto da mãe ser HIV+ mesmo sem saber o seu estado serológico.

2. Direitos que a Carta e/ou a Lei de Protecção das PVHIV estabelece para essas situações:

- direito a ser atendido com cortesia e no respeito pela dignidade humana
- direito a privacidade e confidencialidade
- direito a informação sobre a testagem
- direito a não ser estigmatizado pela sua condição de saúde

3. Consequências que este tipo de caso pode ter na vida e na saúde dos pacientes:

- desencoraja a adesão aos serviços de saúde
- contribui para abandono ao tratamento
- agrava o estado de saúde e/ou pode provocar a morte

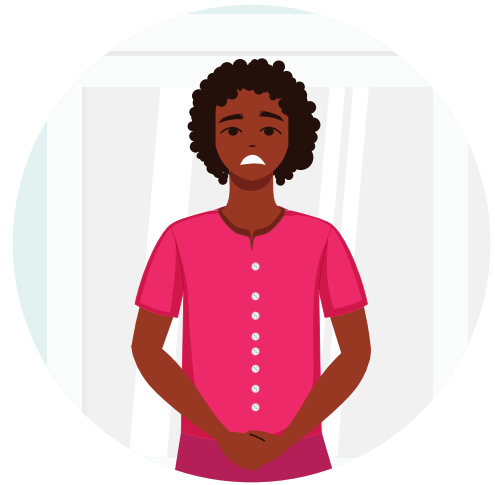
4. O que a conselheira poderia ter feito melhor para apoiar a paciente:

- garantir a privacidade e confidencialidade durante a oferta dos serviços de saúde que pressupõe evitar atender os pacientes na presença de pessoas não essenciais a consulta
- encorajar a vítima a denunciar as cobranças ilícitas
- garantir o atendimento respeitoso, cordial e com empatia durante a oferta dos serviços
- cumprir com o horário de início de atendimento
- solicitar e encaminhar a utente para realizar exames adequados afim de obter um diagnóstico e seguimento correcto

ESTUDO DE CASO: TESTEMUNHO DA ROSA

Fui a uma unidade sanitária no dia 20 de Maio de 2019 para realizar o planeamento familiar. O provedor de saúde me disse que eu não podia obter os contraceptivos a menos que fizesse um teste de HIV primeiro.

Quando lhe perguntei por que eu devia fazer um teste de HIV, ele respondeu: *“Nós sabemos que as pessoas que usam contraceptivos geralmente mantêm relações sexuais desprotegidas.”* Depois disse que qualquer pessoa que vai ali para a prevenção deve fazer o teste de HIV.



Eu não queria fazer o teste de HIV, mas disseram-me que se eu não fizesse o teste eles não dariam os contraceptivos. Levaram-me a uma sala na unidade sanitária para tirar sangue. Ninguém me aconselhou antes nem depois do teste. Somente disseram, em frentes de outras pessoas, que era positiva e deveria voltar outro dia.

CORRECÇÃO DO CASO: TESTEMUNHO DA ROSA

1. Violações identificadas no caso:

- falta de consentimento informado para a realização do teste de HIV - a jovem foi condicionada a fazer o teste de HIV em troca dos serviços de planeamento familiar (PF).
- recusa na oferta de contraceptivos - o protocolo de PF diz que todos os métodos contraceptivos são gratuitos e o utente tem o direito de receber informação ligada a cada um de forma a escolher o método que achar eficaz e sem nenhuma imposição por parte do técnico de saúde.
- não realização do aconselhamento pré e pós-teste - a utente foi obrigada a fazer o teste sem antes ter sido feito o pré-aconselhamento, e depois da revelação do resultado não foi oferecida o acolhimento necessário (aconselhamento pós-teste).
- falta de confidencialidade e privacidade - a revelação do teste foi feita na presença de pessoas estranhas sem consentimento.

2. Direitos que a Carta e/ou a Lei de Protecção das PVHIV estabelece para essas situações:

- direito a ser tratado com cortesia e respeito pela dignidade humana
- direito a privacidade e confidencialidade
- direito a não ser estigmatizado pela condição de saúde
- direito a dar ou recusar o consentimento informado
- direito de ser informado sobre o seu estado de saúde

3. Consequências que este tipo de casos pode ter na vida e na saúde dos pacientes:

- desencoraja a adesão aos serviços de saúde
- contribui para o abandono ao tratamento
- fomenta discriminação, estigma e isolamento social
- agrava o estado de saúde e/ou pode provocar a morte

4. O que o provedor poderia ter feito melhor para apoiar a paciente:

- oferecer o aconselhamento pré-teste e pós-teste
- solicitar o consentimento para a realização do teste de HIV
- garantir a privacidade durante a oferta dos serviços
- assegurar o sigilo profissional na divulgação dos resultados

MÓDULO 2 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO PRÁTICO

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Distribua uma cópia do caso por cada grupo ou mantenha o caso projectado com as respectivas questões.
2. Os participantes devem ler o estudo de caso individualmente ou uma pessoa pode lê-lo em voz alta para o resto do grupo.
3. Cada grupo deve trabalhar em conjunto para responder às perguntas relacionadas com o estudo de caso particular e registar tudo em papel (15-20 minutos).
4. Cada grupo terá a oportunidade de apresentar em plenária as suas respostas e dar espaço a questões e comentários.

ESTUDO DE CASO

A Beatriz depois de ficar 6 horas a espera para ser atendida é internada no hospital onde lhe informam que terá que fazer alguns exames fora por falta de reagentes.

Ao ler a ficha da mulher, a enfermeira indicada para cuidar da Beatriz descobre que ela é seropositiva. A enfermeira recusa-se a falar com a paciente ou a ajudá-la quando ela precisa de sair da cama. A única coisa que a enfermeira faz é dar à paciente o seu medicamento, mas sempre colocando luvas duplicadas antes disso. Na hora da refeição exige que os familiares tragam loiça de casa (copo, colher e prato).



Na semana seguinte a Beatriz falta na data marcada para ir a unidade sanitária levantar os medicamentos. O conselheiro liga para ela para entender porquê.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Identifique o que está errado neste caso, explicando se pode ser considerado ou não discriminação.
2. Registe três exemplos de barreiras ligadas a discriminação que podem ocorrer nas unidades sanitárias.
3. Ao ouvir da Beatriz que foi tratada assim, como conselheiro o que faria para assegurar que a Beatriz volte a unidade sanitária e para evitar que o comportamento da enfermeira não se repita com outros pacientes?

CORRECÇÃO DO ESTUDO DO CASO

1. **Identifique o que está errado neste caso, explicando se pode ser considerado ou não discriminação.**
 - a Beatriz foi atendida após 6 horas de espera
 - a Beatriz vê-se obrigada a fazer alguns exames fora por falta de reagentes
 - a enfermeira recusou-se a falar com a paciente ou ajudá-la quando precisa de sair da cama - discriminação
 - durante a medicação a enfermeira coloca luvas duplicadas - discriminação
 - na hora da refeição a enfermeira exige que os familiares tragam loiça de casa (copo, colher e prato) - discriminação

2. Registe três exemplos de barreiras ligadas a discriminação que podem ocorrer nas unidades sanitárias:

- tratar os pacientes por nomes insultuosos ou rotulá-los como “seropositivos”, “faltosos”, “doentes”, “tuberculosos”, “mortos vivos”, “trapos”, etc.
- mencionar que paciente idoso, com HIV ou população chave não deve receber medicamentos para não gastar ou que deve deixar para quem merece mais
- não oferecer serviços de saúde a pacientes por ser trabalhadora de sexo, homem que faz sexo com homem, usuário de drogas, PVHIV, pessoa com deficiência, ou idoso

3. Ao ouvir da Beatriz que foi tratada assim, como conselheiro o que faria para assegurar que esta retorne à unidade sanitária e evitar que o comportamento da enfermeira se repita com outros pacientes:

- atender a Beatriz respeitando a hora de chegada ou a condição de saúde
- assegurar o atendimento com empatia, respeito e humildade
- informar a Beatriz sobre a falta de reagentes na unidade sanitária (US) e a importância de realizar os exames em outra US de referência
- autorizar a presença de acompanhante para ajudá-la sempre que necessário
- consciencializar a unidade sanitária que a partilha da loiça (copo, colher e prato) não constitui nenhum risco de contaminação do HIV e que a discriminação é um crime que pode ser punido de 1 a 8 anos agravada se partir de um funcionário público

MÓDULO 3 BARREIRAS QUE AFECTAM A ADEÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO PRÁTICO

Para a reflexão em plenária seguem-se algumas dicas:

1. Cada participante deve ler o estudo de caso e registar no bloco de notas em *bullets* ou de forma resumida as respostas a cada pergunta (15-30 minutos).
2. O facilitador pede para que em plenária voluntários partilhem as suas reflexões ou pode indicar alguém para fazê-lo.
3. Depois de algumas respostas partilhadas pelos participantes, o facilitador pode pedir que outros participantes comentem sobre as respostas.

REFLEXÃO EM PLENÁRIA

1. Que barreiras ligadas aos serviços de saúde afectam a adesão e retenção nestes casos?
2. Para assegurar a retenção destes pacientes, qual deve ser o papel dos conselheiros?

ESTUDO DE CASO: TESTEMUNHO DO MANUEL

Em Fevereiro de 2021, o Geraldo, defensor de saúde, recebeu várias reclamações de utentes sobre a falta de sanitários públicos, o que obrigava os pacientes a ter de fazer as necessidades fisiológicas ao ar livre e levava-os a desistir das consultas. Abaixo o testemunho do Manuel, paciente em TARV:

“No dia 10 eu fui a consulta. Quando estava na fila, uma dor de barriga começa a me atacar. Tive que dar voltas a todo lado. O sanitário que existia - espreitando nem dava para lá entrar. Tive que correr para um lado qualquer para atrás de um árvore só para poder me aliviar. Não foi uma coisa escondida. Muita gente estava a me assistir porque havia essa situação e não podia escapar dela. Essa vergonha toda foi muito transtornante para mim. Temos pacientes seropositivos e com TB a tomar medicamentos que provocam diarreias. Pensam ‘deixa passar a diarreia e depois hei de ir ao hospital.’ Outros corremos o risco de perder. Preferem ficar em casa onde não estão rodeados de muita gente.”



ESTUDO DE CASO: TESTEMUNHO DA LUÍSA

Em Julho de 2022 vários pacientes em seguimento no sector de doenças crónicas queixaram-se da perda constante do cartão. As vezes alguns optavam por desistir da consulta, colocando em risco a sua saúde. Abaixo o testemunho da Luísa:

“Cheguei muito cedo no hospital e fui um dos primeiros a deixar o cartão, mas para minha surpresa durante a chamada o meu nome e de alguns pacientes que estavam na sala de espera não foram mencionados, e tivemos de ficar das 7h30 até perto das 13h sem sucesso. Depois disso, eu e mais alguns pacientes tomamos coragem e perguntamos a pessoa que estava a fazer as chamadas e em resposta disse que não se lembrava de ter recebido os nossos cartões e que não estavam com ela. E nesta altura alguns pacientes que estavam na mesma situação não tiveram paciência e acabaram indo para casa sem fazer a consulta. Me senti constrangida com aquela situação e senti na pele o quão é doloroso ficar muitas horas a espera pelo atendimento.”



CORRECÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO: MANUEL E LUÍSA

1. Barreiras ligadas aos serviços de saúde que afectam a adesão e retenção:

- falta de sanitários públicos condignos da unidade sanitária
- falta de privacidade e confidencialidade
- demora no atendimento
- perda de cartões de pacientes
- falta de informação sobre os serviços

2. Para assegurar a retenção destes pacientes, os conselheiros devem:

Em termos da falta de informação sobre os serviços

- reforçar as palestras sobre os serviços disponíveis na unidade sanitária
- divulgar informação sobre os direitos e deveres do utente tanto na comunidade como na unidade sanitária

Em termos da privacidade

- explicar aos pacientes sobre as dificuldades ligadas as infraestruturas
- colocar os desafios sobre privacidade no comité TARV, ocorrências
- assegurar o atendimento de pacientes sem a presença de pessoas não essenciais (pacientes ou provedores de saúde) durante a consulta
- garantir o atendimento dos pacientes com portas fechadas
- orientar os colegas sobre a necessidade de bater a porta antes de entrar na sala onde um paciente está ser atendido e obter permissão, pedir consentimento informado para a presença de uma terceira pessoa indispensável na consulta, e evitar entradas e/ou permanência de pessoas não necessárias durante o atendimento
- maximizar o uso dos espaços e melhorar a redistribuição dos serviços (por exemplo usar salas que guardam caixas vazias para consultas)

Em termos da demora no atendimento

- os conselheiros podem: introduzir consultas por agenda ou organizar as consultas por períodos (por exemplo se há uma única sala onde funcionam ATS e triagem, podem organizar para um serviço ser oferecido nas manhãs e o outro a tarde, ou um ser oferecido nas 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} e o outro nas 3^{as} e 5^{as}), estender o horário de atendimento

Em termos da perda de cartões

- os conselheiros devem criar um sistema de controle de cartões através de protocolo de registo de saídas e entradas de cartões

Em termos da falta de sanitários públicos

- os conselheiros devem reportar reclamações de avarias ou encerramento de sanitários a direcção nos encontros de comité TARV ou ocorrências
- encaminhar os pacientes para registar suas queixas nos livros, caixas, comités de saúde e gabinete de utente

MÓDULO 4 PRINCÍPIOS DE COMUNICAÇÃO NO APSS

ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO PRÁTICO

Para este exercício temos três simulações que capturam o estado emocional do paciente. É importante explicar aos participantes que vão fazer as simulações a fim de praticar boas habilidades de comunicação, enquanto também dão apoio psicológico e emocional a paciente. Seguem-se algumas dicas para orientar o exercício:

1. Os participantes devem se organizar em grupos de três pessoas, onde uma pessoa é o paciente, a outra é o conselheiro, e a terceira pessoa o observador que toma notas sobre o que está a correr bem e o que poderia correr melhor. Cada grupo vai fazer simulação de um dos estudos de caso.
2. Dê aos grupos 15 minutos para fazer a simulação, com um aviso quando faltarem dois minutos para o tempo acabar.
3. Em plenária vai-se solicitar voluntários para simularem os três cenários.
4. Depois de cada simulação, deve-se analisar em plenária o que correu bem e o que poderia ser melhorado.

SIMULAÇÃO #1

SITUAÇÃO DO PACIENTE:

Você foi recentemente diagnosticado com HIV e sente-se muito em baixo. Aceitou o facto de que tem HIV, mas tem medo - medo de que o seu marido não queira mais viver consigo, tem medo de as pessoas andarem a falar sobre si, tem medo de rejeição por amigos e vizinhos, tem medo do futuro dos seus filhos e tem medo de adoecer e morrer.



DICAS SOBRE SIMULAÇÃO #1

O conselheiro deve colocar-se no lugar do utente no sentido de procurar compreender os seus sentimentos e emoções, o que inclui: escutar com atenção; dar espaço ao utente para expressar as suas emoções; observar o tom de voz e os gestos e expressões faciais; evitar distrações, tais como atender às chamadas durante a consulta ou escrever notas em outros processos; e evitar julgamentos. Consciencializar sobre a protecção de pessoas vivendo com HIV.

SIMULAÇÃO #2

SITUAÇÃO DO PACIENTE:

Você sempre se sente muito mal e passa todo o tempo a chorar. Já tem um ano a viver com HIV, e o seu marido morreu de SIDA há 6 meses. As pessoas da comunidade atiram a culpa em você pela morte do seu marido embora você tenha sido uma parceira fiel. Está a enfrentar grandes dificuldades para alimentar os seus filhos, dar-lhes roupa e mandá-los para a escola. De vez em quando pensa que não vale a pena viver e que seria melhor você morrer para as pessoas ficarem bem.



DICAS SOBRE SIMULAÇÃO #2

O conselheiro não deve tirar conclusões sobre o motivo que leva o paciente a chorar.

Esperar um pouco e, se o paciente continuar a chorar, diga que não há nenhum problema em chorar. É uma reacção natural. Isso dá a oportunidade ao paciente para dizer o que o motiva a chorar. Não é errado perguntar de bons modos porque a pessoa está a chorar.

Divulgar os modelos diferenciados e encaminhar para o acompanhamento com o psicólogo. Encaminhar para os serviços sociais e identificar OCBs (organizações baseadas na comunidade) que trabalham com pessoas vulneráveis para efeitos de apoio.

SIMULAÇÃO #3

SITUAÇÃO DO PACIENTE:

Você não consegue acreditar que tem HIV. Acabou de receber os resultados do teste de sangue e não conseguiu nem escutar o que o conselheiro do centro da saúde estava a dizer. Mas você sente-se saudável, até porque a sua aparência é de uma pessoa saudável. Então acha que os resultados devem estar errados. Você ganha dinheiro para sustentar a família e tem um papel de liderança na comunidade como director da escola primária. Simplesmente não pode ser verdade que tem HIV.



DICAS SOBRE SIMULAÇÃO #3

O conselheiro deve observar o tom de voz, os gestos e expressões faciais do utente durante a conversa; deve mostrar respeito pelo utente e pelas suas decisões e opiniões; e deve evitar julgamentos.

Dê um espaço ao paciente de expressar as suas emoções. Diga que não há nenhum problema em reagir desta forma - é normal. Demonstre disponibilidade para apoiar.

Assegure que o paciente esteja calmo antes de sair do consultório. Caso o utente continue não aceitando o resultado, deve assegurar a marcação de uma outra consulta de APSS.

MÓDULO 5 RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS NAS ACTIVIDADES DO APSS

ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO PRÁTICO

Seguem-se algumas dicas para orientar o exercício:

1. Divida os participantes em grupos de 4-6 pessoas. Cada grupo deve simular os dois cenários indicados. Os membros do grupo devem seleccionar dois participantes para fazer cada simulação.
2. Dê aos grupos 30 minutos para preparar as simulações e interagir entre si (15 minutos cada cenário).
3. Peça que um grupo demonstre a primeira simulação em plenária. Depois da simulação, os participantes em plenária devem partilhar o que correu bem e o que poderia ser melhorado.
4. Peça que voluntários de um outro grupo façam a segunda simulação, e de seguida dê espaço para se fazer a mesma análise em plenária.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

Depois de cada simulação os participantes devem partilhar:

1. O que correu bem em termos do papel do conselheiro?
2. O que não correu bem e poderia ter feito melhor?
3. Que dúvidas tem sobre como resolver uma situação parecida?

SIMULAÇÃO #1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Joana tem andado muito deprimida desde que descobriu que tem HIV. Partilhou com conselheiro que o seu marido acabou por abandoná-la com 4 filhos e ela nem tem dinheiro para comprar comida ou para pagar mensalidade da escola dos filhos. Esta agora na sala do APSS conversando com conselheiro.

Identifiquem dois participantes para simular os papéis abaixo tendo como base o cenário acima:

Papel do conselheiro Pedir consentimento informado a Joana para visitas e/ou chamadas

Papel da paciente (Joana) Mostrar receio da visita, fazer várias questões para entender melhor como estas visitas acontecem, ter receio de assinar documentos, etc.



DICAS SOBRE SIMULAÇÃO #1

Durante a simulação o facilitador deve verificar se o conselheiro:

- consciencializa a paciente sobre os benefícios de receber uma visita de apoio
- fornece informações suficientes para a paciente tomar uma decisão informada
- deixa espaço para a Joana partilhar as suas dúvidas, medos e questões
- cria um ambiente acolhedor
- informa a paciente sobre a existência de serviços de chamadas telefónicas e visitas domiciliarias
- fala que a paciente pode optar por uma ou mais modalidades de contacto, ou seja, SMS, chamada ou visita
- cumpre com todos os requisitos de consentimento informado, incluindo esclarecer a paciente que pode recusar a consentir, que o consentimento não é obrigatório, e que pode dar o consentimento e depois desistir a qualquer momento

SIMULAÇÃO #2

VISITA DOMICILIARIA

Hoje é o dia em que o conselheiro tem marcado para fazer buscas na Matola, no quarteirão "C". No endereço não está muito claro o número da casa. O conselheiro está muito preocupado em localizar a paciente que não vai levantar os ARVs há bastante tempo. O conselheiro tenta localizar a paciente através de contacto com o secretário do bairro.



Identifiquem dois participantes para simular os papéis abaixo tendo como base o cenário acima:

Papel do conselheiro Tenta localizar a paciente através de contacto com vizinhos e ou secretário do bairro

Papel do secretário do bairro Tenta fazer várias questões ao conselheiro para que ele explique porque procura a vizinha, quem ele é, etc.

DICAS SOBRE SIMULAÇÃO #2

Durante a simulação o facilitador deve verificar se o conselheiro:

- não se identificou como uma pessoa de área de saúde (não usou crachá, camiseta, fichas, etc.)
- respeitou o horário acordado com o paciente
- fez perguntas com discrição e respeito pela privacidade e confidencialidade
- não partilhou o motivo da visita com o secretário do bairro
- conversou com o paciente em um lugar privado e seguro
- foi discreto

FERRAMENTAS DE TRABALHO

ORIENTAÇÕES PARA ASSEGURAR O CONSENTIMENTO INFORMADO

Para garantir que o consentimento seja informado, antes de seleccionar “sim” ou “não” no item 14 da *ficha mestra* o provedor de saúde deve cumprir com todos os requisitos abaixo:

1. Informar que existem serviços de chamadas telefónicas e visitas domiciliarias para questões ligadas a saúde dos pacientes.
2. Clarificar que o objectivo das chamadas e visitas é para apoiar os pacientes e que pode incluir, por exemplo:
 - lembrar das consultas e do levantamento de ARVs
 - dar força aos pacientes ao longo do tratamento (visitas preventivas)
 - apoiar os pacientes que interrompem tratamento antirretroviral e aqueles que tem carga viral alta (visitas de integração)
3. Explicar ao paciente quem poderá fazer a chamada ou visita (provedor de saúde, conselheiro leigo, educador de par, mãe mentora, ou outro actor comunitário).
4. Dizer que as visitas serão previamente marcadas e que só será feita visita domiciliaria sem marcação prévia caso não consiga contactar por telefone o paciente.
5. Explicar que pode optar por uma ou mais modalidades de contacto, ou seja, SMS, chamada ou visita. O utente também pode optar por seleccionar todas as opções de contacto e pode mudar de ideias depois.
6. Informar que nas chamadas e nas visitas o conselheiro/outra actor comunitário:
 - não vai se apresentar como pessoa que está ligada a assuntos da unidade sanitária ou de saúde - não vai usar crachá, camiseta, boné, carro da instituição, ou algo que o identifica
 - antes de abordar o assunto vai de forma discreta confirmar se a pessoa com quem está a falar é realmente a que consta da lista dos pacientes
 - caso seja atendido por uma pessoa que não é o paciente vai-se desculpar, dizer que foi engano e interromper educadamente a chamada/visita. Não vai mencionar o porquê da visita/ chamada a outra pessoa que não seja o próprio paciente (nem ao secretário do bairro, nem a família)
 - vai proteger a privacidade e confidencialidade do paciente, não partilhando informação confidencial do paciente com outras pessoas verbalmente ou por mensagem

7. Perguntar ao paciente ou cuidador se percebeu o que foi explicado e se tem dúvidas.
8. Esclarecer ao paciente que pode recusar a consentir, que o consentimento é opcional, não é obrigatório.
9. Explicar que também pode dar o consentimento e depois desistir a qualquer momento. Precisa apenas informar um provedor de saúde do APSS.

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, conselheiro leigo/actor comunitário, ao serviço da instituição _____ na unidade sanitária _____, do distrito _____ e província _____, obrigo-me a manter o sigilo e confidencialidade agora e no futuro em relação a todos dados e qualquer informação a que tiver acesso no exercício das minhas funções. Declaro e me comprometo a:

- a) não partilhar a informação sobre os pacientes com terceiros verbalmente e/ou por escrito, sem o consentimento do/da paciente e da unidade sanitária (inclui informação obtida através dos documentos, fichas mestras, listas para chamadas/visitas, pedidos/resultados dos exames, conversas, dentre outros);
- b) não aceder, sem autorização da unidade sanitária, aos dados e as informações sigilosas, incluindo aos dados de familiares e de colegas de trabalho;
- c) aceder apenas à informação de que preciso para realizar as minhas actividades profissionais;
- d) assegurar que todos os documentos e informações relacionadas com dados dos pacientes a que tenho acesso no exercício das minhas tarefas são tratados com cuidado e mantidos em sigilo e em local seguro;
- e) não efectuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso.

O presente acordo inicia a partir da data da sua assinatura, permanecendo vigente depois de terminado o trabalho ou vínculo com a unidade sanitária e ou instituição.

O não cumprimento do presente termo acarreta procedimentos disciplinares, e pode ter também consequências criminais e cíveis.

Por ter compreendido e estar de acordo assino este termo com o visto do contratante.

Assinatura do/da conselheiro(a) /actor comunitário _____

Assinatura do/da contratante _____

Nome da instituição que o contratante representa _____

Data _____

Local _____

BIBLIOGRAFIA

MANUAIS/ ESTUDOS/ RELATÓRIOS/ ARTIGOS

- » Centers for Disease Control and Prevention. Patient Rights and Confidentiality in Tuberculosis Control. Sections on Protecting Confidentiality in the Field & Ensuring Data Security and Confidentiality in an Office, Clinic, or Institution. 2014. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21986>
- » MISAU, Namati Moçambique. Informação Essencial Sobre Cuidados e Tratamento de HIV e Direitos das PVHIV. 2020
- » MISAU. Directriz Nacional de Apoio Psicossocial nos Cuidados e Tratamento do HIV. 2021
- » MISAU, CNCS & Namati Moçambique. Guia de Auscultação de PVHIV Sobre Barreiras Ligadas ao Sistema de Saúde. 2022
- » MISAU. Pacote de Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva no Âmbito Comunitário. 2010
- » Namati Moçambique. O Direito à Saúde: Manual de Formação Para Moçambique. 2016
- » Namati Moçambique. Recomendações Para Assegurar o Respeito Pela Privacidade nas Unidades Sanitárias (policy brief). 2017
- » Namati Moçambique, CCS, FDC. Manual de Direitos Humanos Para Saúde e Acesso à Justiça. Moçambique. 2020
- » National Department of Health, South Africa. Operational Guidelines for HIV, STI and TB Programmes for Key Populations. 2012
- » PATH. Interpersonal Communication and Counseling for Clients on Tuberculosis and HIV and AIDS. 2009. <https://www.path.org/resources/interpersonal-communication-and-counseling-for-clients-on-tuberculosis-and-hiv-and-aids/>
- » Partners in Health. Accompagnateur Training Guide. Unit 9: Negative Attitudes (Stigma) and Discrimination and Unit 10: Effective Communication and Psychological and Social Issues. 2011 https://www.pih.org/sites/default/files/2017-07/Accompagnatuer_FM_Haiti_English.pdfGuide
- » Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H. et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 2019

- » UNAIDS. Global HIV Statistics – Fact Sheet. 2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20220324_TB_FactSheet_en.pdf
- » University of Washington. Integrated HIV Prevention Treatment, Care, and Support Training for Healthcare Workers. Session 3: Counselling for Key Populations. <https://depts.washington.edu/edgh/zw/hit/web/session03-counselling-for-key-populations.html>

LEGISLAÇÃO NACIONAL

- » Constituição da República de Moçambique. 22 Dezembro de 2004
- » Lei de Revisão Pontual da Constituição da República de Moçambique (Lei nº1/2018)
- » Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV e SIDA (Lei nº 19/2014)
- » Código Penal (Lei nº 35/2014)
- » Lei de Revisão do Código Penal (Lei nº 24/19)
- » Carta dos Direitos e Deveres do Utente. MISAU. 2007
- » Despacho Ministerial que aprova as Normas de Atendimento Integrado as Vítimas de Violência de Género. MISAU. 2011
- » Política Nacional de Saúde (Resolução nº 13/2021)
- » Estratégia Nacional de Qualidade e Humanização dos Cuidados em Saúde. MISAU. 2017-2020
- » Estratégia Nacional de Prevenção e Combate às Cobreças Ilícitas. NISAU. 2017
- » Plano Estratégico de Resposta ao HIV e SIDA - PEN V. 2021-2025
- » Directriz Nacional de Apoio Psicossocial nos Cuidados e Tratamento do HIV. MISAU. 2021

**A saúde é um direito humano.
Tome acção.**

